

upna

Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

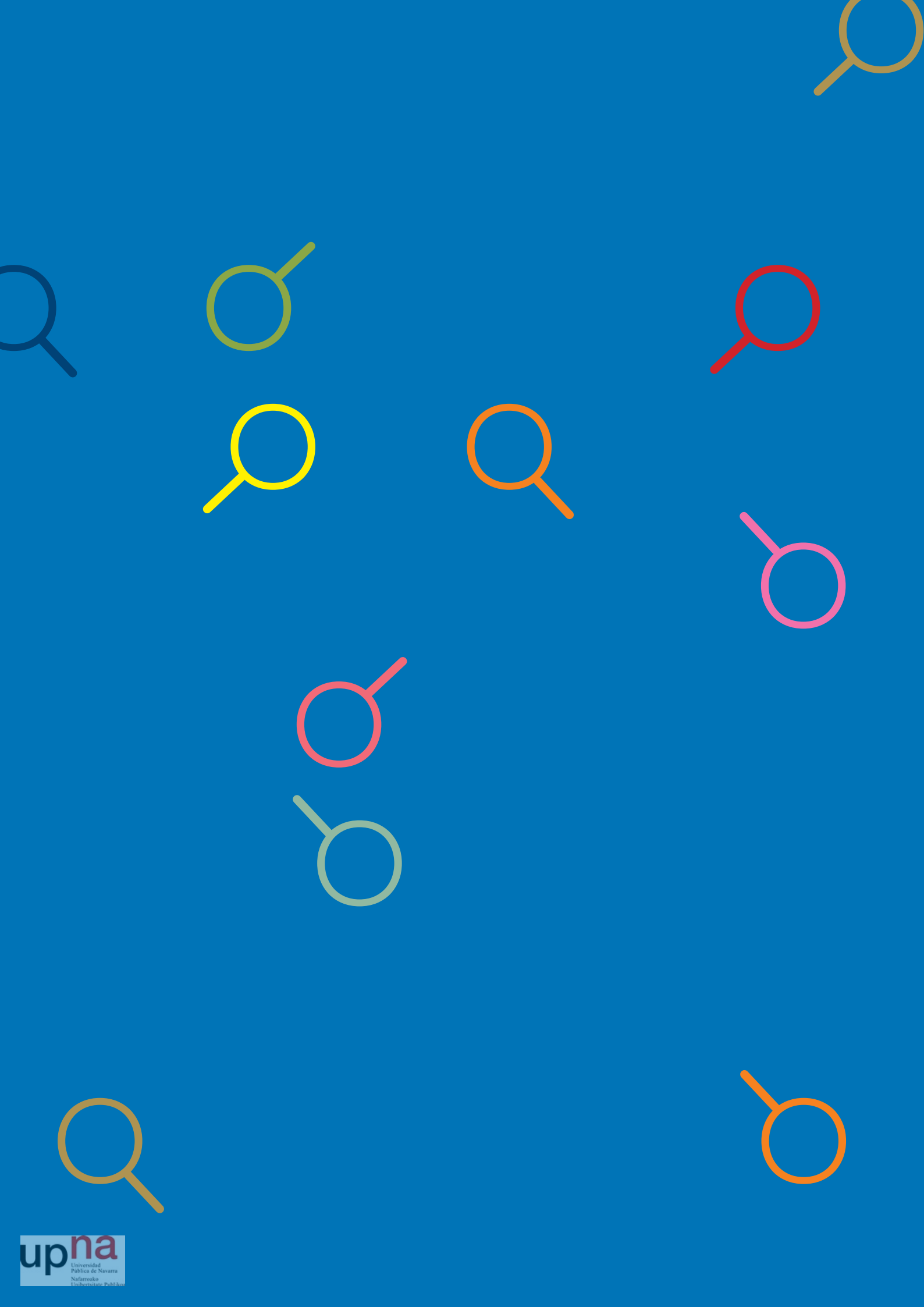
El alumnado de primaria como activo de promoción de salud: aportaciones para la construcción de un entorno escolar más seguro

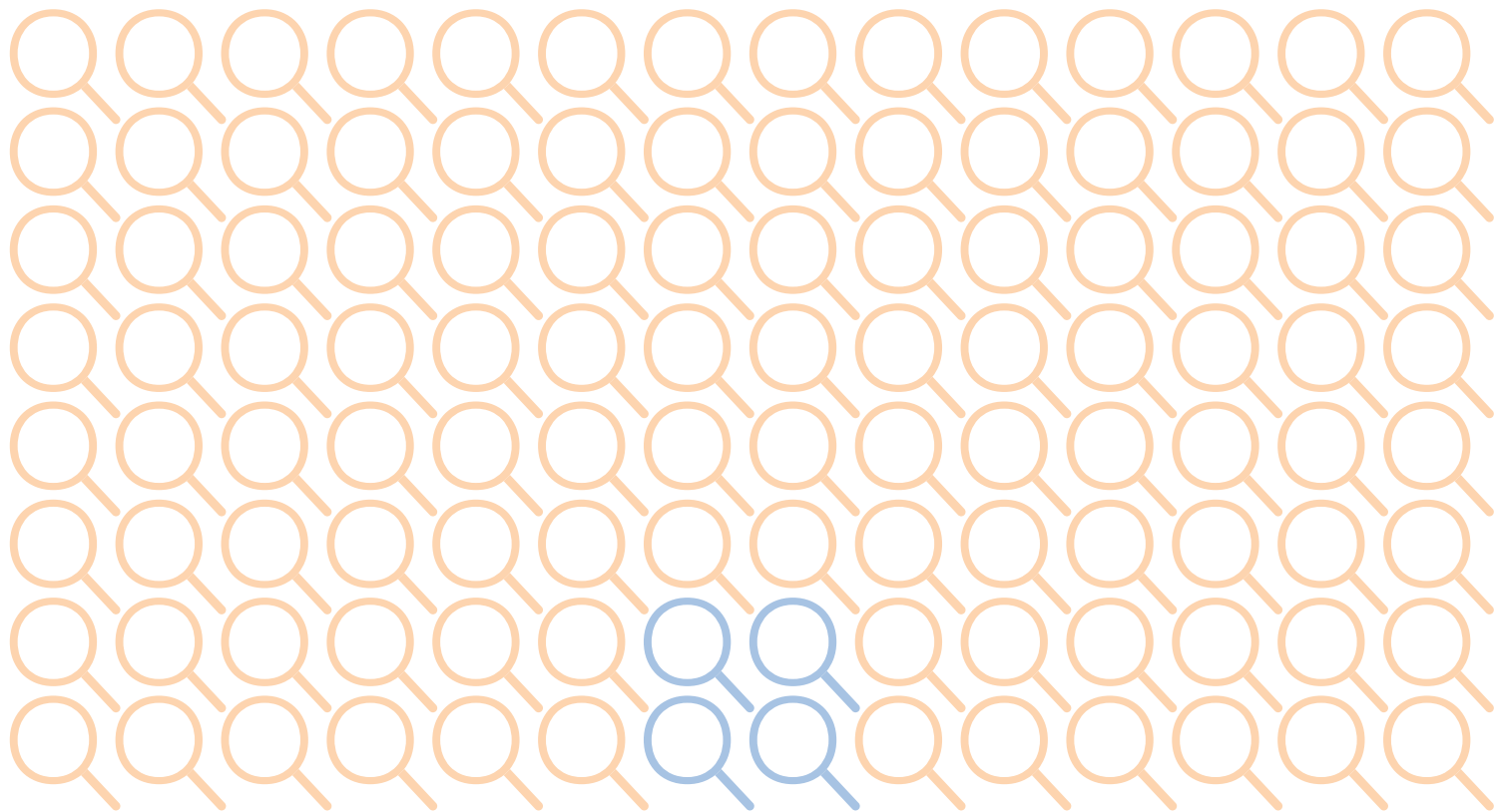
DOCTORANDA

RAQUEL SÁENZ MENDÍA

DIRECTORA

MARÍA INÉS GABARI GAMBARTÉ





**El alumnado de primaria
como activo de promoción de salud:**
aportaciones para la construcción
de un entorno escolar más seguro

DOCTORANDA
RAQUEL SÁENZ MENDÍA

DIRECTORA
MARÍA INÉS GABARI GAMBARTE

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Doña Maria Inés Gabari Gambarte, Profesora Titular de Universidad del Área de Didáctica y Organización escolar del Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra.

CERTIFICA

Que el proyecto de Tesis Doctoral titulado “**El alumnado de primaria como activo de promoción de salud: aportaciones para la construcción de un entorno escolar más seguro**”, ha sido realizado bajo su dirección por Raquel Sáenz Mendiá y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra y defendido ante el tribunal correspondiente para la obtención del grado de Doctora.

Y para que así conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en Pamplona a 16 de Diciembre de 2015.



Fdo. Maria Inés Gabari Gambarte

*A Chema, por la naturalidad con la que
pintas en colores nuestra vida.*

*A Leyre, Marcos, Miriam y Ana: para que
nunca dejéis de creer en vosotros
mismos.*

Agradecimientos

La realización de esta tesis no hubiera sido posible sin la inestimable ayuda académica y personal de mi directora María Inés Gabari Gambarte. Su dedicación, su rigor metodológico y su entusiasmo por la educación han contribuido a que este proceso de acompañamiento y orientación haya despertado en mí la ilusión por aprender cada día un poco más y superar las dificultades que esta tarea exige.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las instituciones y personas que me han ayudado a lo largo de la elaboración de la presente tesis. A la Universidad Pública de Navarra y en especial a los Departamentos de Ciencias de la Salud y de Pedagogía y Psicología, por haberme proporcionado parte de los medios necesarios para el desarrollo y culminación de esta memoria. Al Gobierno de Navarra que ha contribuido a la financiación de una de las primeras fases de esta investigación. Al alumnado, profesorado y dirección de centros escolares que han participado en la investigación, por su colaboración desinteresada, que ha hecho posible todo el trabajo empírico.

Merecen también un recuerdo especial las personas significativas de mi vida que ya no están, especialmente mi mejor amiga y mi abuela, la cual me inició en el arte de las letras leyendo conmigo las cartillas escolares. Mi primera familia ha vivido conmigo el transcurso de este trabajo y de manera incondicional me han apoyado con la solidez que un padre, una madre o una hermana saben dar. A ellos se unen nuevos miembros de una familia que ha crecido hasta constituirse en lo que somos ahora, mitad de Salamanca y mitad de Pamplona.

Han sido tantas las personas que han contribuido a ser lo que soy que sería imposible nombrarlas a todas. Entre ellas, mis amigos/as, mis compañeras enfermeras con las que tantas horas diurnas y nocturnas he compartido, los compañeros/as de la universidad, los pacientes, los niños y niñas, el alumnado de Enfermería etc. y todas y cada una de aquellas personas anónimas que se han cruzado conmigo en algún que otro momento de mi vida.

RESUMEN

En nuestro país existen muy pocos estudios acerca de la accidentalidad en los centros escolares. Debido a que las consecuencias de las lesiones generalmente no revisten gravedad, se desconoce su incidencia y los factores que los desencadenan. En esta investigación, los niños y las niñas de 8-9 años expresan mediante un cuestionario abierto junto con la técnica de dibujo libre cómo perciben estas situaciones en su entorno cotidiano.

A la luz de los resultados obtenidos se consigue un mejor conocimiento de este fenómeno desde la perspectiva de los actores implicados. Se identifica un patrón relativamente estable de conductas seguras, promotoras de salud y bienestar vinculadas a actitudes de convivencia positiva, interrelación, medidas de ayuda, arbitrio de mecanismos de prevención y restitución de la conducta negativa. El pensamiento reflexivo y la capacidad de introspección en estas edades se reflejan en la atribución de un porqué a estos sucesos, en la descripción de los mismos, así como en la evitación y en la susceptibilidad de mejora en la convivencia.

El análisis del contenido de los dibujos enriquece sustancialmente este trabajo, a la vez que otorga a la representación e interpretación gráfica infantil, un valor *sine qua non*, para el desarrollo de la conciencia y expresión cultural en estas edades. El arbitrio de mecanismos de prevención va ligado al aprendizaje y a la evitación de conductas de riesgo, junto con el desarrollo de valores de carácter general vinculadas a la educación en valores y la resolución de conflictos.

El modelo competencial del aprendizaje en el área de la prevención y promoción de la salud en el entorno escolar, conlleva necesariamente el abordaje del ámbito de la convivencia, como espacio de adopción de conductas seguras y promotoras de salud.

Palabras clave: prevención de accidentes, educación para la salud, salud escolar, competencias de salud, convivencia.

ABSTRACT

There are few studies about accidents in schools in our country. Because consequences of injuries are not serious, the actual incidence and causes nationwide are unknown. This research seek the views and interests of children to obtain information on their attitudes, beliefs, opinions, perceptions, concerning the school accidents. A total 584 children completed open questionnaire and asked to draw a picture of the prevention of accidents at school.

The results show that explored children's understandings of their own scholar context in order to raise awareness of particular issues like behaviour prevention, health education and life skills programmes targeting children. It becomes a relatively stable pattern of safe behaviors, health promoters and attitudes associated with positive coexistence, interaction, support measures, prevention mechanisms and restitution of negative behavior. Similarly children develop introspection and the capacity for reflective thinking when are questioned the causes and risk and are made prevention mechanism.

Emphasis is placed on acquiring knowledge and skills useful for life to take care for themselves and peer. Safe practices, behaviors and actions are not just for the school context, but they encompassed all facets of existence. The competency model of learning in the area of prevention and health promotion in the school helps us guarantee maximum teaching efficiency and the most personalized attention possible based on values as an area of coexistence, adoption of safe behaviors and health promoters.

Keywords: Accident prevention, health promoting school, school health, skills of health-care, coexistence.

Índice

Índice de Tablas

Índice de Figuras

Índice de Acrónimos

Primera Parte: Marco Teórico

Introducción	1
Capítulo 1. Perspectiva salutogénica y activos de salud en el entorno educativo.....	9
1.1. Salud y educación en la infancia:	9
1.1.1. Breve recorrido histórico.....	9
1.1.2. Promoción de la salud como estrategia para la acción.....	12
1.2. Perspectiva salutogénica: la salud como dirección principal	14
1.2.1. La salud en el río de la vida.....	15
1.2.2. La educación en el río de la vida	20
1.2.3. Enseñar a nadar en el río de la salud y de la educación	22
1.2.4. Conceptos claves de la teoría salutogénica.....	24
1.2.5. Salutogénesis en el ámbito escolar.	26
Capítulo 2. El reto de la equidad en la promoción de la salud en la escuela: ¿es posible llevar a la práctica las propuestas de las organizaciones internacionales?	31
2.1. Introducción	31
2.2. Desarrollo normativo de la Promoción de la Salud	33
2.2.1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.	33
2.2.2. Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Ottawa, 1986.	35
.....“Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”	35
2.2.3. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud hasta la Actualidad....	37
2.3. Entramado de realidades que coexisten en la puesta en práctica de estas propuestas.	39
2.3.1. Determinantes de salud.....	39
2.3.2. Desigualdades sociales en salud. Desde el informe Black hasta tu paradade metro.....	41
2.3.3. Influencia de diversas variables en el acceso a la educación para la salud.	45
2. 4. Promoción de la salud en el contexto escolar	47

Capítulo 3. Plataforma de Escuelas para la Salud en Europa: enfoque multidisciplinar para la adquisición de competencias	51
3.1. Escuelas de Salud en Europa.	51
3.1.1. Antecedentes y situación actual	52
3.1.2. Valores y pilares de la red SHE	55
Pilares de la red SHE	55
3.1.3. Red de escuelas de salud en Navarra.....	56
3.2. La comunidad educativa: agentes y funciones	61
3.2.1. El alumnado de educación primaria: algunas características	61
3.2.2. Comprometidos con la educación para la salud integral: herramientas para	69
3.2.3. Enfermería escolar: nuevos escenarios de cuidados.....	71
3.2.3.1. Génesis de la Enfermería escolar en el mundo anglosajón	71
3.2.3.2. Enfermeras escolares en España.....	73
3.3. Habilidades para la vida y desarrollo de competencias en la educación del siglo XXI.....	76
3.3.1. Educación para la Salud en Primaria. Análisis de elementos curriculares en	80
3.3.2. Las competencias emocionales: ¿las grandes olvidadas en el currículo	85
3.3.3. Competencias en salud: el binomio prevención-promoción	87
Capítulo 4. Seguridad en el entorno escolar desde la mirada de los niños y niñas. Escuelas seguras.....	89
4.1. Introducción	89
4.2. Alianzas y estrategias para la Seguridad infantil.....	92
4.2.1. Estrategias europeas.	92
4.2.2. Estrategias nacionales.	96
4.2.3. Estrategias regionales.	99
4.3. Vivencias y narrativa: recreación del mundo a través del dibujo.....	100
4.3.1. Interpretación del entorno: riesgos y evitación.....	105
4.3.2. La cultura de prevención representada en la adopción de conductas	108
Segunda Parte: Estudio empírico	
Capítulo 5. Planteamiento del problema y formulación de objetivos e hipótesis.....	115
5.1. Objetivos.....	115
5.2. Hipótesis.....	116

Capítulo 6. Material y métodos.....	119
6.1. Contexto de la investigación.....	119
6.2. Diseño.....	120
6.3. Sujetos.....	122
6.4. Instrumentos	123
6.5. Procedimiento	124
6.6. Análisis	126
Capítulo 7. Resultados y discusión	131
7.1. Participantes y variables sociodemográficas.....	131
7.2. Análisis cualitativo.....	132
7.2.1. Cuestionario de percepción de accidentalidad escolar (CPAE) en 3º y 4º deEducación Primaria. Dibujo libre	132
7.2.1.1 Información de datos verbales. Análisis de contenido: Categoríasemergentes. Identificación y descripción. CUESTIONARIO.....	132
7.2.1.2 Recodificación de variables	133
7.2.1.3. Información de datos icónicos. Análisis del contenido del testimoniográfico infantil: dibujos y eslóganes	138
7.2.1.4. Triangulación de instrumentos.....	147
7.3. Análisis cuantitativo	150
7.3.1. Descripción del conjunto de variables de las respuestas del CPAE:Recodificación para el análisis estadístico	150
7.3.2. Análisis diferencial del CPAE en función del género, edad, lenguaempleada y pertenencia a centro escolar urbano o rural.	152
7.3.3. Análisis diferencial del contenido del dibujo en función del género.....	190
7.3.4. Análisis correlacional de la percepción de los escolares con la atribución deun porqué a los accidentes y con la identificación de mecanismos deevitación.....	203
7.3.5. Validez estructural del Cuestionario de Percepción de AccidentesEscolares (CPAE).	212
7.3.6. Correspondencia entre los componentes de prevención y riesgos delentorno con las competencias propuestas por el Marco Europeo deeducación permanente	224
Conclusiones.....	229
Bibliografía.....	235
Anexos	255
Glosario.....	258

Índice de Tablas

1. Dificultades y limitaciones para el desarrollo de la EpS	23
2. Declaración de Alma-Ata	34
3. Estrategias para promocionar la salud	36
4. Requisitos para la participación comunitaria	37
5. Detección de debilidades dificultan las elecciones saludables en un barrio	46
6. Denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis	49
7. Rasgos de la personalidad expresados en el testimonio gráfico.	67
8. Educación para la salud. Cambios en la LOMCE (2013).	84
9. Accidentes en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad	96
10. Tipo de asistencia recibida tras el accidente	97
11. Lugar donde se produjo el último accidente	98
12. Mecanismo del accidente según edad	99
13. Proyectos educativos internacionales	110
14. Programas educativos autonómicos	111
15. Cronograma de ejecución de la tesis doctoral	126
16. Características de la muestra	131
17. Categorías emergentes: Atribución de causalidad	133
18. Categorías emergentes: Mecanismos de evitación	135
19. Categorías emergentes: Estrategias de afrontamiento	137
20. Dimensiones apriorísticas de análisis de contenido de los dibujos	140
21. Codificación de variables. Medidas de tendencia central	151
22. Contraste de independencia entre variables cualitativas.	153
23. Dependencia de la variable pertenencia a centro rural o urbano	154
24. Afrontamiento, evitación de los accidentes .Respuesta múltiple	169
25. Correlación de Pearson entre la Percepción y la atribución de causalidad	206
26. Correlación de Pearson entre la Percepción y la identificación de medidas	209
27. Adecuación de la muestra al modelo. KMO y prueba de Bartlett	212
28. Comunalidades	214
29. Extracción de componentes. Varianza total explicada	215
30. Varianza total explicada. Análisis de componentes principales.	216
31. Matriz de componentes rotados	219
32. Correlación lineal de los componentes identificados	220
33. Combinación competencial de conocimientos, destrezas y actitudes de salud en el entorno escolar	223

Índice de Figuras

1. Salud en el río de la vida	16
2. Etapas de la Promoción de la Salud	19
3. Escuela inclusiva	21
4. Características de la Atención Primaria	35
5. Línea del tiempo: conferencias de promoción de la Salud	37
6. Determinantes para la salud	40
7. Tasas de mortalidad en Londres	42
8. Marco conceptual de los determinantes sociales en salud	43
9. Línea de metro de Londres en clave de desigualdad	44
10. Esperanza de vida en el área metropolitana de Washington	44
11. Esperanza de vida en el área de Nueva Orleans	45
12. Países miembros de la Red She	54
13. Red She en Navarra: huertos escolares y alimentación saludable	58
14. Red She en Navarra: actividad física, juego deportivo, emociones	59
15. Red She en Navarra: Educación sexual, Por los buenos tratos	60
16. Etapas de desarrollo cognitivo	63
17. Aprendizaje de competencias	77
18. Desarrollo normativo de las competencias en el marco de la UE	79
19. Elementos curriculares en las leyes educativas en España	81
20. Las competencias emocionales	86
21. Dimensiones de la salud vinculadas el modelo competencial	87
22. Subcompetencias de Educación para la salud.	88
23. Calificaciones globales de seguridad para niños y adolescentes UE	94
24. Resultados de seguridad infantil para España	95
25. Método mixto. Fases de la investigación	127
26. Distribución muestra por género	131
27. Distribución muestra por edad	131
28. Distribución muestra por zona	132
29. Distribución por lengua empleada	132
30. Dibujo niño de 8 años centro urbano. Consecuencias accidente	139
31. Dibujo niña de 9 años centro urbano. <i>Si uno no quiere, dos no pelean</i>	141
32. Dibujo niño de 8 años centro rural. Portería	142
33. Dibujo niño de 9 años centro urbano. <i>Bajamos en fila las escaleras</i>	143
34. Dibujo niño de 8 años centro rural. <i>Riesgo de golpes</i>	143
35. Dibujo niña de 8 años centro urbano. <i>Estop a los accidentes</i>	144
36. Dibujo niño de 8 años centro rural. Elementos implicados	146
37. Dibujo niña de 9 años centro urbano. Desarrolla de valores	146
38. Triangulación de lenguaje escrito e icónico	147

39. Esquema perceptivo de la prevención de accidentes infantiles	150
40. Creencia respecto a la accidentalidad por sexos	155
41. Atribución de causalidad	156
42. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. Circunstancias de accidentes	157
43. Dibujo de niña de 8 años centro rural. <i>Ten cuidado, no seas bruto</i>	158
44. Atribución de una característica personal	159
45. Atribución de una conducta de riesgo	160
46. Atribución del resultado del accidente como causa	161
47. Dibujo de niña de 9 años centro rural. <i>No abuséis de los pequeños</i>	162
48. Atribución de la interrelación entre niños/as	163
49. Atribución de otros porqués	164
50. Dibujo de niña de 9 años centro rural. <i>Por una escuela sin insultos</i>	165
51. Creencias sobre la posibilidad de evitar los accidentes	166
52. Reflexión sobre cómo evitar los accidentes	167
53. Dibujo de niña de 9 años centro urbano. <i>Evita las caídas</i>	168
54. Creencias sobre cuáles son los accidentes que se pueden evitar	169
55. Dibujo de niña de 9 años centro rural. <i>Lo que no hay que hacer</i>	170
56. Dibujo de niña de 9 años centro rural. <i>Ayuda y amistad</i>	171
57. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. Demanda de ayuda	172
58. Dibujo de niño de 8 años centro rural: <i>Tomar droga es malo</i>	174
59. Dibujo de niño de 8 años centro rural. <i>Campaña de natación</i>	175
60. Creencias sobre los modos de evitación de los accidentes	175
61. Percepción de la edad de mayor riesgo de accidentalidad escolar	176
62. Percepción de la hora de mayor riesgo de accidentalidad escolar	178
63. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. <i>Tiempo soleado</i>	178
64. Percepción del mes de mayor riesgo de accidentalidad escolar	179
65. Percepción del día de la semana con mayor riesgo de accidentalidad	180
66. Dibujo de niño de 8 años centro rural. <i>Las aulas espacio de quietud</i>	181
67. Percepción respecto al lugar donde se produce mayor accidentalidad	182
68. Percepción del elemento implicado con mayor frecuencia	182
69. Dibujo de niña de 9 años centro urbano. <i>No jugar con las puertas</i>	183
70. Percepción del elemento implicado con mayor frecuencia	183
71. Dibujo de niña de 9 años centro rural. <i>No te fractures</i>	184
72. Percepción de la parte del cuerpo que se lesiona con mayor frecuencia	184
73. Percepción del tratamiento que se precisa con mayor frecuencia	186
74. Dibujo de niña de 9 años centro rural. <i>Botiquín escolar</i>	186
75. Comentarios personales de niños y niñas	187
76. Pictograma de tipificación de accidentes percibidos	188
77. Análisis del contenido del dibujo de las niñas	190
78. Dibujo de niño de 8 años centro rural. <i>Las peleas terminan en caídas</i>	191

79. Análisis del contenido del dibujo de los niños	192
80. Dibujo de niña de 8 años centro urbano. <i>Dedo lesionado</i>	192
81. Dibujo de niño de 9 años centro urbano. <i>El fuego quema</i>	193
82. Lesión representada en el dibujo de las niñas	193
83. Lesión representada en el dibujo de los niños	194
84. Dibujo de niña de 8 años centro rural. <i>Respetar las señales</i>	195
85. Mecanismo representado en el dibujo de las niñas	195
86. Mecanismo representado en el dibujo de los niños	196
87. Dibujo de niña de 9 años centro urbano. <i>Conflictos en el fútbol</i>	197
88. Dibujo de niña de 9 años centro Rural. <i>Maestra mediadora</i>	197
89. Representación de personas en el dibujo de los niños	198
90. Dibujo de niña de 8 años centro rural. <i>Convivencia medioambiental</i>	198
91. Representación de personas en el dibujo de las niñas	199
92. Representación de elementos implicados en el dibujo de las niñas	199
93. Dibujo de niño de 8 años centro rural. <i>Prohibido subirse a la canasta</i>	200
94. Representación de elementos implicados en el dibujo de los niños	200
95. Representación de acciones en el dibujo de las niñas	201
96. Representación de acciones en el dibujo de los niños	202
97. Representación de señal gráfica en el dibujo	202
98. Representación de mensaje en el dibujo	203
99. Categorías de las competencias clave.	207
100. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. <i>Conductas de precaución</i>	208
101. Dibujo de niña de 9 años centro rural <i>Prevenir es mejor</i>	210
102. Correspondencia entre los componentes de prevención y competencia	225
103. Concordancia entre el análisis cualitativo y cuantitativo. Comp. 2.	226
104. Concordancia entre el análisis cualitativo y cuantitativo. Comp. 3.	227
105. Concordancia entre el análisis cualitativo y cuantitativo. Comp.1 .	227

Índice de Acrónimos

APYMAS	Asociación de Padres y Madres
BDB	Bases de Datos Bibliográficos
CDSS	Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud
CIDE	Centro de Innovación y Documentación Educativa
CPAE	Cuestionario de Percepción de Accidentalidad Escolar
CSAP	Plan de Acción para la Seguridad Infantil
DADO	Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio
DeSeCo	Definición y Selección de Competencias clave
DSS	Desigualdades Sociales en Salud
EDURISC	Equip de Desenvolupament Organitzacional
ENSENA	Enfermería Escolar de Navarra
EPS	Educación para la Salud
EUROSAFE	Asociación Europea para la Prevención de Lesiones y Seguridad
GRRs	Recursos Generales de Resistencia
HEAL	Alianza Europea para la Seguridad Infantil
LGS	Ley General de Sanidad
LOCE	Ley Orgánica de Calidad de Educación
LOE	Ley Orgánica de Educación
LOGSE	Ley de Ordenación General del Sistema Educativo Español
NIGZ	Nationall Instituut voor Gozondheidsbevordering Ziektepreventie
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDI	Pizarra digital
REEPS	Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud
RGRs	Recursos Generales de Resistencia
SHE	Escuelas para la Salud en Europa
SOC	Modelo Factorial del Sentido de la Coherencia
SPT	Salud en todas las Políticas
TDAH	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UCIP	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
ZDP	Zona de Desarrollo Próximo

Primera Parte: Marco Teórico

Introducción

Las infraestructuras y el espacio físico que constituyen las escuelas son habitadas por un conjunto de personas cuya característica común radica en el interés de propiciar un aprendizaje para vivir en común: comprender y ser comprendido, crear, sentir, respetar, percibir, equivocarse... En definitiva, en este entorno se procura que los niños y niñas de hoy adquieran las competencias que les capaciten para vivir en el mundo actual. Un mundo en su aspecto formal muy distinto al que vivieron nuestros abuelos y sin embargo muy parecido en cuestiones de fondo. Las nuevas tecnologías, el sistema económico, las transformaciones sociales han tenido un desarrollo sin igual en los últimos 30 años.

La salud y la educación no son ajenas a esta realidad, pero son permeables a elementos que son inamovibles desde tiempos inmemoriales. El cuidado de los más pequeños, el afecto, la protección, la seguridad, la educación, la higiene, el juego, son valores que se transmiten de generación en generación. Bien es cierto que se transforman, e incluso puede parecer que hayan perdido su valor original. Sin embargo, relegar estos pilares que sustentan la condición humana a un segundo plano, sería un hecho que nos haría tambalear como personas y como sociedad (Frenk, 2011).

Una de las características del aprendizaje, que nunca deja de sorprendernos, es la infinidad de contextos en los que es posible que las personas adquieran nuevas habilidades, capacidades, competencias, logros, objetivos, o cualquier otro término que defina esta capacidad intrínsecamente humana que permite la interpretación del espacio habitado. La protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la adquisición de hábitos saludables constituyen, entre otras, algunas de las adquisiciones que los niños y las niñas aprenden en una comunidad.

Sea cual sea la acción que un individuo lleve a cabo ha de establecerse, necesariamente, en un marco de convivencia e interrelación transmisor de unos valores que permitan re-construir y transformar la sociedad. Partiendo de esta

premisa, las intervenciones educativas, en cualesquiera que sean los ámbitos de actuación, han de tener en cuenta la variabilidad de los individuos y de las sociedades para que, una vez se conozcan ambas, se realicen propuestas en las que la inclusión de las partes sea tenida en cuenta. Dicha inclusión no se ha de realizar como una mera adición de sumandos sino como elementos modificables que forman parte de las operaciones de la vida en la que transcurren, se transforman y recrean nuevas realidades.

La Educación para la Salud (EpS) no es ajena a esta proposición. Tomando como modelo la educación en 'Habilidades para la Vida', podemos decir que la EpS, persigue mejorar la capacidad para vivir una vida más sana y feliz, potenciando propuestas salutogénicas que contribuyen a crear entornos seguros, saludables, promotores de salud y de convivencia positiva.

Esta tesis es fruto de un trabajo interdisciplinar llevado a cabo por el grupo de investigación de *Educación y Salud* de la Universidad Pública de Navarra. Este proyecto continúa la trayectoria del equipo, marcada por un especial interés en la Educación para la Salud en las distintas etapas de la vida. Especialmente la infancia y la edad escolar constituyen el referente inmediato, por ser una etapa de mayor plasticidad biológica y psicológica, en la que se generan actitudes y conductas que permanecen a lo largo de la vida.

La escuela es un espacio común donde los niños y las niñas pasan muchas horas de su vida cotidiana y engloba una gran densidad de población expuesta a un mayor riesgo de accidentalidad. También es una etapa propicia para adquirir habilidades, actitudes y comportamientos que permanecen a lo largo de la vida. Este aspecto tiene que ver con la adquisición de las competencias en promoción de la salud que han de incorporar a su vida cotidiana.

Además, educar a un niño o a una niña es una intervención de largo alcance que traspasa las fronteras de la escuela. Su vida transcurre en un entorno familiar y social en el que pone en práctica estas capacidades. Así se alcanza el objetivo más ambicioso de la educación. Capacitar a las personas para vivir y transformar la sociedad (Freire, 1997; Enguita, Paraskeva, Vasconcelos, & Matos, 2007).

Esta realidad es la que nos conduce a destacar la promoción como estrategia básica y fundamental para la capacitación del alumnado de Educación Primaria. Responde también a las inquietudes de los centros escolares, en los que existe una creciente preocupación por incorporar elementos promotores de salud. Hemos constatado que las intervenciones educativas pueden reducir significativamente las conductas de riesgo escolar y contribuir a la adquisición de competencias en el cuidado de la salud que posibiliten la elección de conductas saludables a lo largo de la vida (Greenberg, Weissberg, O'Brien, Zins, Fredericks, Resnik & Elias, 2003; Maes & Lievens, 2003; Glanz, Rimer & Viswanath, 2008; Talavera & Gavidia, 2013).

De acuerdo con las líneas de investigación actuales de creación de escenarios y entornos que apoyan la salud, hacer de la escuela un lugar seguro, precursor del ámbito laboral, social y personal futuros, es una responsabilidad de todos los profesionales implicados. La cultura de la promoción precisa desarrollar enfoques basados en la salud en sentido amplio, incluyendo la salud emocional y la convivencia, como factores fundamentales fortalecedores de las personas para la promoción de un alto índice de salud y bienestar (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001; Kaplan & Kaplan, 2003; Golaszewski, Allen & Edington, 2007; Poland, Dooris & Haluza-Delay, 2011).

El acercamiento al tema que planteamos se lleva a cabo a partir de experiencia personal en el mundo de la salud y de la enfermedad, mediatizada por la vinculación profesional enfermera-docente en los ámbitos de educación y salud. Los últimos cinco años el desarrollo profesional en la UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra nos ha llevado al cuidado de niñas y niños enfermos. Hemos podido sentir e imaginar cómo es la vida desde su perspectiva. En ese espacio hospitalario extraño e impactante para ellos/as y sus familias, son capaces de afrontar situaciones muy difíciles mediante diversos aprendizajes.

Ahora sin embargo, nuestra labor profesional como docentes, abarca el cuidado en las distintas etapas de la vida, desde una perspectiva holística y multidisciplinar. Es por ello, que se escoge la escuela como nexo común del

cuidado y del aprendizaje. Este lugar es para los niños y niñas una realidad cercana, agradable y conocida en la que se desenvuelven habitualmente. Es además un espacio promotor de salud, la cual no puede comprenderse como un ente aislado; la salud está condicionada por el contexto actual en el que vivimos.

La comunidad escolar constituye un activo de salud imprescindible, sin cuya existencia sería imposible la adquisición de hábitos de salud y estilos de vida saludables. La colaboración de todos sus miembros condiciona el éxito de esta tarea. Por eso la visión interdisciplinar está presente en toda la investigación para aprender en colaboración, como se propone en la escuela. Porque los niños y las niñas perciben el mundo así, como posibilidad, como creación y como espacio para compartir experiencias positivas que puedan transmitir e interiorizar. Y nosotros como adultos debemos aprender de ellos y de ellas.

Las lecturas de una enfermera excepcional, Florence Nightingale, una precursora de términos contemporáneos como el autocuidado, la participación comunitaria, la autorresponsabilidad, la salud como derecho humano, la educación entre otros, nos han ayudado a contextualizar esta tesis en el área de la promoción de la salud. Diferentes autoras y autores han dado cuerpo a esta corriente humanística de pensamiento enfermero orientada a una investigación de corte más social con la que nos identificamos.

Incrementar el nivel de salud y calidad de vida de la población en general, y de la infancia en particular, se incluyen entre las líneas estratégicas propuestas por la Organización Mundial de la Salud dirigidas a los profesionales de Enfermería. Para su consecución se prevé el desarrollo de la investigación que conduzca a nuevas prácticas de enfermería innovadoras, promoviendo una mayor integración multidisciplinaria en equipos de salud.

Esta esencia enfermera que encuentra en el cuidado su razón de ser es la que nos ha llevado a realizar esta tesis doctoral y cumplir así el sueño que Florence deseó dos siglos atrás “Sueño que algún día las enfermeras del mundo irán a los domicilios a cuidar y a curar a las personas que sufren y no tienen la suficiente atención. Pero eso tal vez sea para el año 2000” (Antón, 1998,57). Así es, las

enfermeras seguimos cerca de las personas en los domicilios, en los colegios, residencias, universidades, hospitales, organizaciones profesionales, haciendo de esta profesión parte de nuestra vida.

El cuidado en otros escenarios es uno de los desafíos para la Enfermería del siglo XXI. Las nuevas demandas educativas, sociales, comunitarias y de salud, contemplan la necesidad de llevar a cabo proyectos coordinados, sistematizados e integrados en el currículo escolar diseñados por equipos multiprofesionales que reclaman un nuevo paradigma en el que toda la comunidad escolar se vincule a esta tarea (Bolívar, 2006; Mäenpää & Åstedt-Kurki, 2008; Sousa, & Costa, 2010).

Son miembros de esta comunidad las familias, profesorado, personal no docente del centro, equipos de atención primaria, organizaciones comunitarias y recursos del área sociocultural, entre otros, siendo agentes significativos para el desarrollo de la EpS. El Consejo Escolar del Estado ha presentado en el año 2014 el estudio “La participación de las familias en la educación escolar”, en el que analiza, entre otros aspectos, la relación entre el grado de participación de los padres en la educación escolar y los resultados académicos de sus hijos. Algunas de las variables que se asocian positivamente con la mejora de estos logros incluyen el sentimiento de pertenencia al centro, la accesibilidad del profesorado y la participación de los padres en las actividades que lleva a cabo la escuela.

La incorporación de todos los agentes implicados en la educación contribuye a crear un clima de convivencia adecuado en el que se compartan opiniones y se tomen decisiones de manera consensuada. Decisiones que incidan en la vida escolar en general, como reflejo de la vida en conjunto, tratando de dar respuesta a todo aquello que afecta a los individuos. La educación contemporánea no debe ser individualista, sino colectiva. Si la educación es crecimiento hay que comprender las posibilidades del presente para poder satisfacer los requerimientos futuros. En palabras de Dewey (1995, 56) “el crecer no es algo que se completa en momentos aislados, es una dirección continua hacia el futuro”. Es el inicio de una espiral para trabajar e incidir en la adquisición de

actitudes y hábitos positivos para la salud y el bienestar (Gavidia, 2001; West, Sweeting & Leyland, 2004; Davó, Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet & Laparra, 2008; Ramos, Pasarín, Artazcoz, Díez, Juárez & González, 2013).

Este trabajo se estructura en dos partes: una *primera parte* en la que se expone la fundamentación teórica, compuesta por cuatro capítulos. En ellos se definen el problema y el ámbito a investigar. La perspectiva salutogénica, sustenta la reflexión de las políticas de promoción de la salud propuestas por las organizaciones internacionales en términos de equidad. Como exponente supranacional, se muestra la plataforma de Escuelas de Salud para Europa, que fomenta la adquisición de buenas prácticas con un enfoque interdisciplinar. La accidentalidad escolar junto con la interpretación que le confieren los niños y las niñas concluye esta primera parte.

En el CAPÍTULO PRIMERO se presenta el modelo salutogénico. Este aboga por un enfoque positivo de salud, en el que las personas elijan aquellas opciones de su entorno que les ayuden a mejorar su salud y su bienestar. Tiene en cuenta el contexto real en el que las personas desarrollan su vida porque pretende potenciar las capacidades personales respetando los principios, valores y recursos que cada persona, individuo y comunidad poseen. Asimismo, enfatiza en la salud como un todo en el que la persona precisa de recursos internos y externos, materiales e inmateriales, e incluye la esfera psíquica, psicosocial, afectiva, biológica, espiritual, conductual, económica, etc. Conociendo esta realidad personal de cada individuo, y en este caso, de cada niño o niña de nuestras escuelas podremos responder a sus necesidades y educar para la salud de una manera integral y eficaz (Morgan, & Ziglio, 2007; Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán, & Cofiño, 2013).

Adoptar este marco teórico como referente para la EpS en la escuela, permite interrelacionar las dimensiones de la salud que abarcan la esfera personal, relacional y social y ambiental. El objetivo es englobar aspectos del área personal: alimentación, el ejercicio físico, la creatividad, la prevención, autoestima, etc. con otros de la esfera relacional: relaciones y emociones, educación sexual, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, convivencia,

resolución de conflictos y la dimensión ambiental: desarrollo sostenible, entornos saludables, globalización de la salud.

El eje vertebrador del CAPÍTULO SEGUNDO lo constituye la Promoción de la salud en la escuela. Según la Real Academia Española la palabra promoción (acepciones atribuidas al vocablo promover) significa: 1. Iniciar o impulsar una cosa o un proceso, procurando su logro. 2. Levantar o elevar a alguien a una dignidad o empleo superior al que tenía. 3. Tomar la iniciativa para la realización o el logro de algo. Las tres definiciones enlazan perfectamente con la propuesta por la OMS que señala la promoción de la salud como proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

La definición dada en la histórica Carta de Ottawa (1986,1) es que la promoción de la salud *consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma*. En este marco teórico la educación constituye uno de los determinantes sociales de la salud más importantes y la Educación para la Salud es uno de los pilares básicos para la intervención en Salud Pública. La escuela, los servicios sociales y los servicios de salud, junto con la familia y la comunidad, son los principales escenarios y agentes que participan en el desarrollo sistemático de la Educación para la salud (González de Haro, 2010; Perea Quesada, 2012).

La adquisición de competencias para la vida en el contexto escolar está presente en el CAPÍTULO TERCERO. La diversidad de disciplinas que participan en acciones comunes recoge la riqueza que las personas aportan en su ejercicio profesional. El interés por conocer a la comunidad educativa radica en nuestro deseo de reivindicar el necesario reconocimiento que merecen. El hecho de profundizar en el desarrollo psicoevolutivo de nuestros protagonistas principales, los niños y niñas de 8-9 años, es el punto de partida para un posterior análisis de sus testimonios teniendo en cuenta estas particularidades. Se sitúan en el período de operaciones concretas. Comienza a forjarse un criterio moral y aparecen las primeras muestras de empatía, al ser capaces de entender la perspectiva del otro.

La seguridad escolar desde la mirada de los niños y niñas es el título del CUARTO CAPÍTULO. De todos los accidentes infantiles, el 15% ocurren en centros escolares. El centro escolar es el espacio donde niños y niñas pasan una gran parte de su tiempo y donde además realizan actividades, como determinados juegos y deportes, que implican riesgos añadidos a los habituales (Mackay M, & Vincenten J, 2012). Siguiendo la metodología 'dibuja, cuenta y escribe', los niños y niñas representan sus acciones cotidianas mostrando libremente su manera de interpretar el entorno. A través de su testimonio gráfico o escrito, el niño o la niña, se expresa tal y como es, sin restricciones o convencionalismos de los adultos que impidan la manifestación de su personalidad.

El contexto de aplicación, constituye la *segunda parte*. Se trata de un estudio empírico que recurre a un método mixto para recoger información. Son los propios alumnos y alumnas de 3º y 4º de Primaria, los que a través de sus reflexiones y opiniones personales, guían la investigación para descubrir un poco más acerca del tema de la accidentalidad y la convivencia escolar.

Capítulo 1. Perspectiva salutogénica y activos de salud en el entorno educativo

1.1. Salud y educación en la infancia:

1.1.1. Breve recorrido histórico.

La preocupación por el cuidado de los menores existe desde los tiempos más remotos, con intereses distintos, según las épocas y culturas. Existen escritos, que datan desde los tiempos de Platón y Aristóteles, dedicados a la atención a los niños orientada desde el enfoque propio de la antigüedad: como proyecto de un futuro adulto. Las primeras referencias históricas relacionadas con el mundo de la infancia las encontramos en los Vedas, con capítulos dedicados a la higiene y cuidados del niño. En Mesopotamia el Código Hammurabi (2.250.A.C.) es considerado como la primera legislación para la infancia que recoge la protección del pueblo babilónico a los huérfanos.

Durante la Edad Media, el mundo islámico tiene una gran importancia, por un lado, como conservador y transmisor de las obras clásicas griegas y, por otro, por las aportaciones de sus pensadores en relación a la infancia y la difusión de cuidados de la crianza. Ejemplo de ello es la obra de Ibn-al. Jazzar (979-980) titulada *El libro de la crianza del niño*. Por citar someramente figuras relevantes hasta la época de la Ilustración, Ramón Llull (1232-1512), Alfonso X el Sabio (1221-1284), Erasmo de Rotterdam (1469- 1536), Juan Luis Vives (1492-1540), Vicente de Paul (1581-1660), se refirieron a las características y necesidades de la infancia.

La atención a la infancia y al cuidado de su salud es un concepto que aparece ya en el siglo XVIII, como una parte más del pensamiento ilustrado. Pensadores como Locke, Rousseau, Kant, inician una aproximación a ideas relacionadas con la salud y los cuidados de los niños respecto a la lactancia, destete, vestido, juego alimentación... En su obra *Pensamientos sobre la Educación*, publicada en 1693, Locke otorga importancia a la creación de determinados hábitos de salud, además de proporcionar descanso, diversión, y equilibrio entre el espíritu y cuerpo. Rousseau con su obra *Emilio*, en 1762 representa un hito fundamental, al menos desde el punto de vista teórico. Reclama la atención solícita de los padres al menor, el fomento de los vínculos amorosos y la atención a la propia

naturaleza infantil. En el siglo XIX, Sebastian Kneipp, divide su obra en cuatro partes. Una primera destinada a los padres en forma de avisos y consejos que tienen que ver con el cuerpo y alma de sus hijos. La segunda parte aborda el cuidado de los niños sanos según cuatro períodos: *Desde el nacimiento a la dentición, Desde la dentición al período escolar, Años escolares y la juventud*. La tercera y cuarta parte se centran en el cuidado del niño enfermo y en la preparación de los alimentos.

Tanto en el período ilustrado como en el inicio de la edad contemporánea, se dota a los niños de una consideración que hasta antes no se había tenido en cuenta. Se proponen valores como la protección, el afecto, el cuidado de la madre, la dentición, el sueño, la educación de los sentidos, la importancia del aire libre, las medicinas, el movimiento y el juego (Gómez, 2000; Vicente 2012). El concepto de salud parte de una visión integral de la misma. Se considera el cuerpo unido a la mente, no como realidades separadas, sino complementarias. Cuidar del cuerpo incluye realizar actividades saludables como el juego, la alimentación, además de señalar la conveniencia de la cercanía de los padres y los educadores.

A través de este breve recorrido histórico se pone de manifiesto la vinculación de la salud y la educación desde los orígenes de la humanidad, tan estrecha relación ha ido variando a lo largo de las distintas sociedades y culturas. En el siglo XIX con la aparición del movimiento higienista, los cambios sociales y educativos ligados al proceso de escolarización, propiciaron la creación de nuevas especialidades profesionales y nuevas acciones educativas y de salud escolar. Esta conexión entre higiene y educación ya se había establecido con anterioridad a través de los tratados de urbanidad, de las buenas maneras, bien de la educación física entendida como educación del cuerpo y con las pautas de crianza desde el embarazo hasta la edad adulta (Viñao, 2010).

A finales de los años 80 en España, lo que en su día fue el binomio Higiene-Escuela, o a lo que en los años de la II República (1931-1939) empezó a llamarse Educación sanitaria, pasa a denominarse Educación para la salud. Se le considera una de las materias transversales, junto a la educación para la paz, educación vial, educación para el consumo, etc., establecidas en el currículo

formal en la escolarización obligatoria, desde los 6 a los 16 años de edad. Desde la aprobación de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo español (LOGSE) en el año 1990, y hasta nuestros días, se instala en la educación primaria y en la secundaria, con una tendencia renovada que supera las acostumbradas campañas de prevención de la drogodependencia, el consumo de tabaco, el sida, etc. Se acrecienta el papel activo de la promoción frente a la prevención (Newton, Conrod, Teesson & Faggiano, 2012; Rodríguez, 2013; Fermán, Guzmán, Torres, Ahumada, & Díaz, 2014).

La Educación para la salud, siempre se ha desarrollado en la escuela con una mayor o menor intensidad, especialmente en el área de las ciencias de la naturaleza. Actualmente la definición más amplia que podemos encontrar es la elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que incluyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso de la asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (WHO, 1998,7).

Entre los objetivos que se atribuyen a la educación para la salud se encuentran: informar sobre los temas de salud, formar hábitos saludables e influir en la conducta de las personas en beneficio de su salud. Sus contenidos incluyen: a) temas o cuestiones tradicionales, propias de la antigua higiene escolar: alimentación y nutrición, limpieza e higiene personal, prevención de enfermedades, primeros auxilios, peligros del alcohol, ejercicio físico, b) los ligados a las demandas del momento: prevención de drogodependencias, sexualidad y anticoncepción, peligros del tabaco, información sobre el cáncer y el sida, educación vial y accidentes de tráfico, biorritmos y c) otros relacionados

con: salud mental, convivencia familiar, manejo de riesgos/tensiones, problemas de adaptación y autoestima (García, Sáez, & Escarbajal, 2000; Arón, 2011; Perea Quesada, 2012; Fermán, Guzmán, Torres, Ahumada & Díaz, 2014).

El estilo de vida y los hábitos de salud no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que vienen determinados por el contexto y el entramado sociocultural en el que se desenvuelven los individuos. El diseño de estrategias educativas que permitan un cambio actitudinal y la adquisición de hábitos saludables, debe dirigirse a un grupo de personas en concreto. Difícilmente se logra el éxito en esta tarea, sino se conoce la realidad que rodea a cada persona y no se respeta sus intereses.

1.1.2. Promoción de la salud como estrategia para la acción

El término que empleamos actualmente, denominado Promoción de la Salud, incluye la perspectiva comunitaria, los factores ambientales y la participación de los individuos como requisito imprescindible para la gestión de su propia salud. Supone un salto cualitativo con el término Educación para la salud, al incluir también el entorno, la organización social y todas las instituciones vinculadas a la comunidad.

Las decisiones que se toman en cualquier esfera de la organización sociopolítica y cultural en el que están inmersas las personas ejercen recíproca influencia en el escenario inmediato de cada individuo y comunidad. Teniendo en cuenta esta premisa, para la evaluación de los resultados de salud se propone un modelo holístico que abarque no sólo los indicadores individuales, sino que también priorice aquellas acciones que repercuten sobre la misma a nivel comunitario (Parsons, Stears & Thomas, 1996; Inman, van Bakergem, LaRosa & Garr, 2011; Kipping, Jago & Lawlor, 2012; Dreyhaupt, Koch, Wirt, Schreiber, Brandstetter, Kesztyüs & Steinacker, 2012).

El nuevo marco de la política sanitaria europea *Salud 2020*, recoge las directrices para “mejorar significativamente la salud y el bienestar de la población, reducir las desigualdades en salud, fortalecer la salud pública y garantizar los sistemas de salud centrados en las personas que sean universales, equitativos, sostenibles y de alta calidad” (Koh, 2010, 1655). Se proponen cuatro áreas

prioritarias dependiendo de las necesidades y experiencias de los diversos países de la Región Europea:

- Invertir en salud a lo largo de las distintas etapas de la vida fomentando la autonomía y la calidad de vida
- Combatir las principales causas de morbilidad de Europa, vinculadas a enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Fortalecer los sistemas de salud centrados en las personas y en la atención de la comunidad.
- Crear ambientes de apoyo y comunidades resilientes

Estas áreas estratégicas encuentran un escenario adecuado en la escuela. La inversión en educación para la salud a lo largo de la vida, concretamente en las etapas de formación inicial, se ha demostrado especialmente eficaz para disminuir las causas de morbilidad vinculadas a las enfermedades transmisibles, accidentes de tráfico y prevención de trastornos de salud mental. Se trata de intervenciones en un período de formación física, psíquica y social, en el que se posee una gran capacidad para el aprendizaje y desarrollo de hábitos.

Todos los proyectos o actuaciones en salud que se llevan a cabo en los centros educativos contemplan los principios de los modelos de Educación y Promoción de la Salud descritos anteriormente. La adhesión a estas directrices promueve la educación integral de las personas, para que puedan llegar a entender las diferentes percepciones de la salud en una sociedad diversa, y respetuosa en el ejercicio de la libertad. La interactividad y la participación en las comunidades de aprendizaje, la incorporación de nuevos métodos educativos dinámicos, que tengan en cuenta los intereses del alumnado y sus puntos de vista, son características del modelo de la Promoción de la Salud en el entorno escolar. Si extrapolamos este esquema a la escuela como activo de salud, se podría establecer un símil de la escuela como *comunidad de salud*. Así entre todos/as los integrantes de esta entidad se puede facilitar a los escolares, la realización de aquellas acciones de salud que concuerden con sus elecciones personales y enfatizan el bienestar personal y psicosocial.

El paradigma salutogénico (Antonovsky, 1996) es un modelo conceptual que se sigue en algunos países de Europa. Combina aquellos recursos intrínsecos y extrínsecos de cada individuo, con los activos en salud de cada comunidad. Así cada persona escoge, de entre su entorno, aquellas opciones que garanticen su salud y por ende su bienestar. Si el contexto escolar se convierte en un ámbito seguro, sano y agradable para todos los niños y niñas que viven, aprenden y se socializan en él, la elección de acciones de salud positivas podría ser más accesible.

Los educadores y educadoras en este caso, no actúan como simples transmisores, sino que su mediación y ejemplo resultan fundamentales para satisfacer las expectativas del alumnado y dar respuesta a sus intereses e inquietudes. Para estos docentes no es suficiente con evaluar las características a nivel general, sino que es preciso potenciar a nivel particular las fortalezas de cada niño o niña y superar los obstáculos e impedimentos que contribuyan para optimizar su salud y bienestar físico y emocional, tomando como referencia su entorno más cercano.

El desarrollo de conductas proactivas que fomentan una convivencia positiva, el cuidado de sí mismo, del entorno, de la salud individual y comunitaria, constituyen, entre otras, varias de las líneas de actuación propuestas por iniciativas interregionales y supranacionales de Promoción de la Salud. Las alianzas y las experiencias que se comparten entre las distintas escuelas y regiones, amplía el abanico de actividades y permite el intercambio de buenas prácticas.

1.2. Perspectiva salutogénica: la salud como dirección principal

Tradicionalmente la Salud Pública y la Educación para la Salud han centrado sus acciones en medidas preventivas de carácter genérico con la intención de evitar aquellas acciones que ponen en riesgo tanto la salud individual como la colectiva. El énfasis se ha dirigido a aquellas actuaciones negativas que era necesario evitar para estar libre de enfermedades o por lo menos intentar no contraerlas o minimizar los factores que podían agravarlas. Podríamos decir *grosso modo*, que esta visión coercitiva o negativa, resta protagonismo a las

personas en la gestión de su propia salud, ya que no profundiza en el contexto personal y tampoco en aquellos aspectos internos que repercuten de manera directa en la salud física y mental.

Como ya se ha mencionado en párrafos precedentes en los años 70, Aaron Antonovsky propone este constructo que él mismo denominó Salutogénesis. La combinación del vocablo latino *salus, salutis* (salud, salvación) y de la palabra griega *génesis* (*nacimiento*, origen) da lugar a esta palabra que ya su traducción literal anticipa el comienzo de una salud nueva. La Salutogénesis se pregunta entonces acerca de la procedencia de la salud. Es un nuevo paradigma que ya no se detiene en la polaridad salud-enfermedad, poniendo énfasis en las causas de las patologías sino que se preocupa de cómo mantener la salud en organismos que aún no han enfermado.

Se ocupa pues de las causas de la salud, en una salud activa, en la que cada uno/a puede generar una mejor salud. Hablamos de una nueva mirada que nos acerca a la comprensión de nosotros mismos/as, de qué encontramos en nuestro interior y en nuestro exterior, que nos aleja de la enfermedad y nos mantiene sanos.

Así pues como mantiene Wesley Aragao de Morales (2007) en su libro *Medicina Antroposófica*, el llamado Paradigma Salutogénico se caracteriza por un enfoque que no está basado sólo en la capacidad de enfermar, sino también en la posibilidad de curación. Salud no significa ausencia de dolor y de dolencias. Esas condiciones forman parte de la existencia saludable. Salud significa fuerza espiritual y capacidad de equilibrio para lidiar con los desafíos traídos por el dolor y por la dolencia (Sobejano, 2014).

1.2.1. La salud en el río de la vida.

El río como metáfora del desarrollo de la salud de ha utilizado a menudo. Según el ya citado Antonovsky, no es suficiente para promover la salud, evitar el estrés o construir puentes para evitar que las personas caigan en el río. En lugar de ello, este autor propone que las personas tienen que aprender a nadar (Antonovsky, 1987). Pero no siempre las aguas tiene el mismo sentido, unas veces la corriente es rápida, o el curso del río es escarpado, hay momentos de

aguas tranquilas y, lo mismo que la vida, la sucesión de momentos no siempre es cíclica ni esperada. La *salud en el río de la vida* es una forma sencilla de representar las características de la medicina (cuidado y tratamiento) y la salud pública (prevención y promoción), dirigiendo el enfoque de la salud pública a la promoción de la salud de la población, como se aprecia en la Figura 1.



Figura 1. Salud en el río de la vida Fuente: Lindstrom y Erikson, 2011

En este sentido y siguiendo la lógica habitualmente propuesta, el desarrollo histórico de la salud pública presenta las siguientes etapas:

1. Curación o tratamiento de las enfermedades
2. Prevención de la salud/enfermedad
3. Promoción y educación para la salud
4. Mejora de la percepción de la salud y el bienestar.

La perspectiva curativa en la salud procura que las personas no se ahoguen en ese río. Para evitar este suceso, hace uso de técnicas complejas y emplea un tipo de tratamientos curativos, basado en la especialización y complejidad tecnológica propia de los avances de la biomedicina actual. La prevención de la salud y protección frente a la enfermedad enfoca las acciones hacia la limitación de los riesgos de las enfermedades. Los esfuerzos y las intervenciones se dirigen a la población, pero de una manera pasiva. En esta metáfora se procura

que las personas no caigan al 'río' de una manera restrictiva, para lo que se les dota de mecanismos protectores cuya acción a modo de cercas o vallas de seguridad evitan las caídas.

En cambio, la promoción de la salud se caracteriza por una acción conscientemente participativa en el cuidado de la propia salud. La prevención y fomento de la salud hace de las personas sujetos activos, capaces de sortear las dificultades en el curso del río, aprender a nadar en ocasiones a contracorriente y , otras veces, cuando las aguas son tranquilas a dejarse llevar. Aquí, las personas aprenden a 'colocarse el chaleco salvavidas', y cada sujeto precisa dispositivos distintos para seguir a flote, cada uno/a elige la actitud que ha de tener en esta gesta, que es la propia vida. Este es el enfoque en el que se sitúa el presente trabajo al observar al alumnado de primaria como activo de promoción de salud frente a la accidentalidad ocurrida en el entorno escolar.

Cada persona elige como quiere vivir su propia vida, toma sus decisiones con el apoyo de los profesionales. Las personas adquieren un papel activo, las intervenciones están dirigidas a los individuos y a los grupos. Según Nutbeam (2000) en esta etapa: 1) las características fundamentales son: el diálogo, la participación y el empoderamiento. 2) el resultado principal es: el aumento de los conocimientos acerca de la salud. Continuando con la alegoría del río de la vida, los esfuerzos se encaminan a enseñar a las personas a nadar. La salud es vista como un derecho humano y como un interés común de los profesionales de varias disciplinas que trabajan en este área.

La atención se centra en la coordinación de las actividades entre los distintos profesionales y los miembros de cada sociedad. Es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas. La responsabilidad de las acciones de promoción de la salud se extiende mucho más allá del sector de la salud para interrelacionarse con el bienestar y la calidad de vida. Se trata de un enfoque humanista que sitúa al ser humano como centro del cuidado y como sujeto dotado del derecho a la salud. El individuo se convierte en un sujeto activo y participativo.

La tarea de los profesionales es la de apoyar y presentar distintas opciones, permitiendo a las personas tomar decisiones racionales, señalar los principales factores determinantes de la salud para tomar conciencia de ellos y poder emplearlos (Lindström y Eriksson, 2006; Juvinya, 2013). Se pretende un diálogo en salud, que exista una reciprocidad en todas las etapas de la salud de las personas y que se orienten las acciones hacia la salud el bienestar y la calidad de vida.

El objetivo último de las actividades de la promoción de la salud es la creación de condiciones necesarias para una buena vida, teniendo en cuenta las posibilidades y elecciones que cada uno/a tiene a su alcance. Esto hace referencia a la autopercepción de la salud como uno de los mejores indicadores para conocer la calidad de vida de las personas. Se pregunta individualmente cómo considera cada uno o cada una su estado de salud desde su propia perspectiva.

Tradicionalmente se ha enfocado la metáfora del río en salud pública desde una perspectiva descendente. Parece que el propio río te lleva y te expone a enfermedades a las que hay que vencer. Esta perspectiva huye de un itinerario definido para todas las personas, no es la pérdida de la salud. Es la Salud en el río de la vida. Y el río está lleno de oportunidades y de dificultades, pero no todas las personas nacen en el mismo curso y en ese río, personas con limitaciones aprenden a nadar y mantenerse a flote, lo que es aplicable al ámbito de la diversidad en el entorno escolar. Niños/as con diferentes capacidades y ritmos de desarrollo sensorial, motórico, cognitivo, afectivo-social, han de afrontar el reto de los aprendizajes formales, cuestión que desarrollamos en el siguiente apartado.

El río fluye verticalmente a lo largo de su recorrido. Hay tramos escarpados con un caudal rápido y cascadas, pero la dirección no es hacia abajo, hacia la caída. La dirección principal es la vida y no la muerte y la enfermedad en la cascada. Algunos nacen cerca del lado opuesto del río, donde se puede flotar con facilidad y las oportunidades de vida son buenas, con suficientes recursos a su disposición, como en los estados de bienestar. Algunos nacen cerca de la cascada, en la enfermedad, donde la lucha por la supervivencia es más difícil y

el riesgo de ir por encima del borde es mucho mayor. Como en la vida, para flotar en el río es necesario desarrollar la capacidad de identificar y utilizar los recursos que mejoren nuestras opciones para la salud y la vida. Sobejano (2014) sintetiza estas ideas del modo siguiente:

- **Visión de atención curativa:** En el símil consiste en salvar a los sujetos para no ahogarse, las personas tienen un papel pasivo y no son capaces de valerse por sí mismas.
- **Protección:** supone evitar los riesgos de caer enfermo, en el símil sería poner unas barreras para que nadie pudiera caerse al río, en este caso las personas también tienen un papel pasivo.
- **Prevención:** consiste en evitar las enfermedades, pero las personas tienen un papel más activo que anteriormente. En el símil del río pondríamos chalecos salvavidas para que no se ahogaran.
- **Educación para la salud:** se conforma de una serie de consejos respecto a cómo evitar los riesgos de manera que las personas sean cada vez más autónomas gestionando sus propias decisiones. En el símil sería enseñar a la persona a nadar.
- **Promoción:** Se contempla la salud como un derecho universal. El profesional adopta un papel de acompañamiento y apoyo del sujeto que nada puesto que es capaz de tomar sus propias decisiones.



Figura 2. Etapas de la Promoción de la Salud

La Promoción otorga al individuo un protagonismo en la toma de decisiones, avalado por el ejercicio del derecho a la salud que las instituciones tienen que garantizar. Partiendo de esta premisa, consideramos que todas las medidas

políticas que afectan a la vida pública repercuten de uno u otro modo en la salud. Esta noción defendida en la presente investigación, atribuye una responsabilidad compartida de la gestión de la salud entre el individuo y las instituciones que han de velar por ella.

1.2.2. La educación en el río de la vida

“Dale un pez a un hombre, y comerá hoy. Dale una caña y enséñale a pescar y comerá el resto de su vida”. Así reza un antiguo proverbio chino, que tantas veces hemos escuchado, pero que cobra su sentido en el tema que centra este trabajo de tesis. La salud en el río de la vida desarrollada por Antonovsky tiene un paralelismo con la educación. Igual que hay personas que por su nacimiento están más próximos a la enfermedad también el hecho de que las personas seamos diferentes nos sitúa en diversos contextos de aprendizaje.

La diversidad y su respuesta educativa suponen un reto que nuestro sistema de educación inclusiva con sus principios de: integración, normalización, sectorización e individualización de la enseñanza ha de asumir y afrontar, para constituir una oferta de calidad para todos los alumnos y alumnas escolarizados. El contexto educativo se puede considerar como un microcosmos en el que se reproduce la sociedad y, en éste, la diversidad también es un hecho constatable. En la misma línea argumental que hemos empleado para la promoción de la salud, es fácil llegar a concluir que también el alumnado y el propio profesorado es diverso, observando que los estilos de aprendizaje, las capacidades para aprender, los intereses, las motivaciones, las expectativas, los ritmos, los niveles de desarrollo y de aprendizaje previos así como la propia biografía (historia biopsicosocial), pueden ser, entre otros, factores en los que se evidencia la diferencia.

Lo ‘normal’ es la heterogeneidad. Del mismo modo que en las acciones de salud se ha intentado dar remedios o soluciones iguales para todos, ésto es extensible al ámbito educativo. Los centros, las aulas, el alumnado, los padres, madres, familias, el profesorado, las comunidades, etc., presentan realidades y características que los hacen diferentes e irrepetibles. Esa mirada hacia la

individualidad es la que trasladamos del modelo salutogénico a la educación en la escuela.



Figura 3. Escuela inclusiva

Las intervenciones educativas no son aisladas. Un profesor/a que enseña Matemáticas, enseña mucho más, transmite valores, educa para la convivencia, educa para la salud y respeta y asume los principios de respuesta a la diversidad. Construye entornos escolares en los que los niños y las niñas se sienten felices de aprender. *Se incluye la educación para la vida que vaya más allá del plano académico y que incluya lecciones en comprensión, derechos humanos, paz, aceptación y ciudadanía activa*, (Martínez, 2011; 25).

Diversos autores han empleado el enfoque salutogénico para valorar los procesos de estudiantes con dificultades de aprendizaje (Lackaye, Margalit, 2006; Bronikowski & Bronikowska, 2009; Becker, Glascoff & Felts, 2010). El paradigma salutogénico examina el movimiento dinámico a lo largo de la salud/enfermedad y considera el bienestar psicosocial como parte de este continuo. El valor de la aceptación de la diferencia, la sensibilización e implicación cultural facilitan el éxito y el bienestar de los/as estudiantes con dificultades de aprendizaje. Los alumnos/as identifican sus propias capacidades y se descubren recursos que pueden pasar desapercibidos en la evaluación de resultados tradicionalmente observados.

Los niños/as y adolescentes que interpretan las demandas y expectativas de su entorno y las afrontan, incluso con la ayuda de los adultos, centran sus esfuerzos en sus retos académicos y no académicos y se encuentran en mejores condiciones para hacer frente a los factores estresantes de la vida. Las interacciones dinámicas entre lo personal (interno) y medioambiental (contextual) son factores que pueden modificar las respuestas de los niños/as a la adversidad, la predicción de esperanza para el cambio, así como su capacidad de adaptación a través de diferentes etapas de desarrollo y bienestar (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

1.2.3. Enseñar a nadar en el río de la salud y de la educación

Somos conscientes de las dificultades que encuentra el profesorado para el desarrollo de la Educación para la Salud en los centros educativos. Las dificultades detectadas hacen referencia a la falta de tiempo, descoordinación entre las instituciones de salud y educación, falta de colaboración por parte de las familias, etc. Los principales hallazgos se recogen en un estudio realizado en nuestro país en por Talavera & Gavidia (2007), como se aprecia en la Tabla 1.

A pesar de las dificultades encontradas, la perseverancia y la creación de equipos multidisciplinares permiten el desarrollo de numerosos proyectos y actividades escolares que potencian estas actitudes de salud y bienestar. Existe un interés por parte del profesorado de impulsar con fuerza la formación en salud de una manera holística y contrarrestar los mensajes negativos que se transmiten por otros medios como la televisión y los vinculados a las tecnologías de la comunicación. Estos, muchas veces, pregonan una salud vinculada al bienestar físico y a unos cánones actuales de belleza y juventud que no son sinónimos de salud integral.

Tabla 1. Principales dificultades y limitaciones señaladas por el profesorado para el desarrollo de la Educación para la Educación para la Salud.

- “Poca implicación del equipo directivo y pocas iniciativas por parte del profesorado implicado”.
- “Falta de coordinación entre el profesorado. Existe mucha inmigración que dificulta la tarea”.
- “Falta de coordinación entre el profesorado y con el equipo directivo”.
- “No se trata de una asignatura concreta que tenga su espacio y tiempos asignados lo que dificulta su docencia”.
- “Falta de tiempo para dedicarlo a otros temas que no sean del currículo, incluidos los de salud, pues las actividades diarias programadas ya absorben mucho tiempo”.
- “Falta de tiempo para compaginar todos los temas”.
- “Curriculum muy concentrado y profundo”.
- “El curriculum es excesivamente “cerrado” para incluir otros aspectos no contemplados directamente en el mismo”.
- “Necesitaría la colaboración de las familias”.
- “Ninguna dificultad en concreto, aparte de la falta de apoyo por parte de la administración”.
- “Falta de comunicación con otros centros que trabajen temáticas similares”.
- “No se tienen graves dificultades y se recibe el apoyo que se necesita”.
- “Hay un exceso de proyectos a largo plazo por lo que es más fácil realizar las actividades puntuales.”.
- “Hay problemas de ‘material’ humano y problemas académicos”.
- “Falta de colaboración de algunas familias y de la administración”.
- “Padres con mucho trabajo y ofreciendo poca respuesta a las actividades”.
- “Se cuenta con poca colaboración por parte de los padres, ayuntamiento, centro de salud, etc.”.

Fuente. Talavera y Gavidia, 2007

La actitud deportiva y el espíritu cooperativo promovidos en las aulas potencia las cualidades físicas del alumnado, entendidas como aquellas condiciones relativas a la salud y distintas habilidades como la resistencia, flexibilidad, fuerza, velocidad, agilidad ,etc. (Corbin, Pangrazi & Franks, 2000). Tradicionalmente el área de Educación Física, junto con la de Ciencias del Medio Natural, ha sido una de las más apropiadas para trabajar los contenidos de salud desde una perspectiva del bienestar y la salud física. Harter (2006) vincula la satisfacción personal, la autoestima y el autoconcepto con el desarrollo de habilidades físicas, que inciden en un mejor desarrollo de habilidades sociales, académicas, de comportamiento, de competencia y de capacidad deportiva.

Nuestra propuesta incluye el ámbito emocional, social, relacional, cognitivo, etc., como dimensiones indisolubles de la educación para la salud que hace que esta irrumpa en todas las áreas. Las aulas se conciben como espacios habitados dinámicos, en los que los aprendizajes para la vida no pueden fragmentarse en compartimentos estancos o medianamente permeables. Del mismo modo que la salud fluye constantemente en el río de la vida, la curiosidad y la inquietud de los pequeños/as, son ventanas para el aprendizaje, que están abiertas de par en par. Cualquier momento de la jornada escolar y todas las áreas de conocimiento sin excepción, constituyen espacios propicios para poner en práctica los principios salutogénicos.

Sin embargo, este tratamiento transversal de la salud precisa de un planteamiento serio de valoración/evaluación interdisciplinar, ya que, desde la década de los 90 hasta nuestros días, no se ha reflejado como tal en la implementación del currículo oficial, ya que le ha ido concediendo ese carácter indefinido de tema/área o elemento transversal, sin que ningún área de conocimiento se responsabilice de evidenciar los niveles de logro alcanzados.

1.2.4. Conceptos claves de la teoría salutogénica.

Como ya hemos señalado en los apartados precedentes del capítulo, Aaron Antonovsky, médico sociólogo interesado en la teoría del estrés, lleva a cabo un estudio epidemiológico tradicional sobre los efectos de la menopausia en mujeres que habían estado sometidas a eventos extremadamente estresantes en sus vidas, algunas de ellas supervivientes del Holocausto (Lindström y Eriksson, 2011).

Su conclusión fue que el caos y el estrés eran parte de la vida y de las condiciones naturales. La pregunta interesante que le vino a la mente fue: ¿cómo es que podemos sobrevivir a pesar de todo esto? Como concepto, parece que Antonovsky busca el apoyo de muchos otros marcos teóricos cuando se crea la síntesis y los conceptos básicos de salutogénesis (Antonovsky, 1979; Lindström y Eriksson, 2005). Los nuevos conceptos fundamentales son los de Recursos Generales de Resistencia (GRRs) y el Sentido de la Coherencia (SOC). Según

Antonovsky (1987), el Sentido de la Coherencia es una manera de percibir el mundo y a nosotros mismos en él.

Se trata de una actitud que permanece relativamente estable y nos permite encajar las circunstancias vitales de manera significativa, predecible y manejable. Este concepto se subdivide en un constructo tridimensional inseparable. Sus componentes incluyen la esfera cognitiva, instrumental y motivacional recogidas en los términos: *comprensibilidad, manejabilidad y significatividad*.

Gracias a estas variables el sujeto comprende cómo está organizada su vida, cómo manejarla y, lo más importante, qué sentido otorga a la propia vida, qué orientación elige de cara a las metas que quiere alcanzar. Es el factor motivador por excelencia, aquella predisposición individual, que capacita a las personas para manejar las situaciones que se le presentan de manera optimista. Se podría decir que las funciones del SOC actúan como un "sexto sentido" para la supervivencia y generan capacidades promotoras de la salud.

El SOC fluctúa de forma dinámica a través de la vida y se forja principalmente en las tres primeras décadas de la vida. A partir de entonces permanece estable. Coincide con la madurez de las personas en las sociedades occidentales con suficiente experiencia vital y personalidad definida. Junto a este sentido de la coherencia, Antonovsky vincula los Recursos Generales de Resistencia (RGRs). Son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los RGRs típicos son: el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, la conducta saludable, el compromiso, el apoyo social, capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida.

Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición, tiene mayores oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida. Sin embargo, este modelo concede más importancia a la capacidad de usar los recursos que a estos en sí mismos. Esta capacidad está mediada principalmente por la *significatividad* elaborada por uno mismo. Los recursos externos condicionan las

experiencias de vida que interfieren en la adquisición del SOC, pero no son determinantes.

La novedad del modelo salutogénico es que el SOC se correlaciona con la salud percibida y con la calidad de vida percibidas, relatadas en primera persona. Las personas con una alta puntuación suelen tener una buena percepción de su salud, procuran estilos de vida activos, evitan comportamientos perjudiciales como el tabaco y el alcohol, además de tener una mayor capacidad de resolución de conflictos.

1.2.5. Salutogénesis en el ámbito escolar.

El factor de las relaciones humanas está presente en el constructo referido en párrafos anteriores. Se promueve el respeto por la autonomía y la dignidad de las personas, respetando la diversidad. Si un niño/a establece unas relaciones adecuadas podrá desarrollarse más sano/a y seguro/a. Este enfoque positivo de salud ha de gestarse en edades tempranas, ya que los niños se encuentran en pleno desarrollo vital o río de la vida (Lindstrom & Eriksson, 2009). Así, una visión de la vida satisfactoria, que le ayuda a encontrarse a sí mismo/a y su lugar en el mundo, puede sentar las bases de una existencia más plena.

El sentido de la coherencia y los recursos generales de resistencia se trabajan desde la familia y la escuela. En la edad escolar, los maestros/as, padres, madres y otros familiares son personas cercanas que transmiten valores de confianza. Se trata de acompañar en un proceso de crecimiento y maduración interior de tal manera que se ayuda a los más pequeños/as a aprender y trabajar fortaleciéndose de manera consciente y progresiva.

Frente a un enfoque centrado en la vulnerabilidad y los factores de riesgo de los niños y niñas, se prioriza el crecimiento personal y los factores de protección. Entre los componentes del paraguas salutogénico merece especial atención el concepto de resiliencia, definida como la adaptación positiva del sujeto a pesar de vivir en unas circunstancias de dificultades y adversidades (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Walker, Holling, Carpenter & Kinzing, 2004). A pesar de las similitudes de la propuesta de Antonovsky con el concepto de resiliencia existen algunas diferencias, ya que mientras esta última analiza la adaptación de los

individuos en situación de riesgo, la salutogénesis se interesa por los factores que facilitan la salud y el bienestar de todos los sujetos, con independencia de que vivan o no situaciones de riesgo.

En los últimos diez años se han llevado a cabo diversos proyectos y actividades escolares a nivel internacional que adoptan este marco conceptual proactivo para los miembros de las comunidades escolares. Se presentan algunos de estos llevados a cabo en el ámbito de la Unión Europea, siendo los países nórdicos (Finlandia y Suecia), quienes acumulan mayor experiencia en su implementación e investigación en esta materia.

Respecto a los programas de promoción de salud en general, se ha evaluado el sentido de la coherencia y los mecanismos de afrontamiento de problemas en alumnado de secundaria, evidenciándose una asociación entre ambas variables. Se han comparado también los síntomas de una enfermedad somática leve (dolor abdominal, cefalea, malestar) referidos por los niños/as durante el horario escolar con el SOC y los GRRs (Feldt, Kokko, Kinnunen & Pulkkinen, 2005; Kristensson & Öhlund, 2005; Bronikowski & Bronikowska, 2009; Løhre, Moksnes & Lillefjell, 2013).

Los factores asociados a la salud percibida de los niños y adolescentes (Honkinen, Suominen, Välimaa, Helenius & Rautava, 2005), así como la predicción del SOC en la satisfacción vital son otro de los ejes temáticos actuales (Moksnes, Rannestad, Byrne & Espnes, 2011; Moksnes, Løhre, & Espnes, 2013; García-Moya, Moreno & Rivera, 2013).

Los hábitos alimenticios saludables impulsados en los comedores y huertos escolares, junto a las iniciativas de incremento de la actividad física y movilidad sostenible han impulsado el desarrollo de proyectos escolares en el que la coexistencia intergeneracional es posible (Beltrán, Caballero & 2011; George, Whitehouse & Whitehouse, 2011; Ratcliffe, Merrigan, Rogers, & Goldberg, 2011; López & Benavides, 2014).

La preocupación por la salud emocional de la población escolar está aumentando en nuestro entorno. La depresión, la ideación suicida, la baja

autoestima, los intentos de suicidio y los suicidios consumados, parecen incrementarse en este grupo etario paralelo a los episodios violentos en las escuelas. Para la prevención de estos problemas, se establecen diversos objetivos propios de la promoción de la salud en la escuela, que se refieren al ámbito del bienestar y de la salud emocional: autoestima y respeto a los demás (Garaigordobil & De Galdeano, 2006; Bisquerra & Pérez, 2007; Cava & Musitu, 2015).

La evidencia indica que las intervenciones basadas en la educación de actividades para la vida se vinculan directamente al área emocional, pudiendo ofrecer un efecto protector global. Los actuales proyectos desarrollan actividades con un enfoque global de promoción del bienestar y la promoción de la autoestima. El respeto propio y hacia los demás, junto con el establecimiento de vínculos afectivos positivos entre los integrantes de la comunidad escolar configura una acción clave para promover un sentimiento de apego positivo hacia el centro (Boxer, Goldstein, Musher-Eizenman, Dubow & Heretick, 2005; Mishara & Ystgaard, 2006; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Weare & Nind, 2011; Schaal, 2014).

En el contexto escolar, también, se han desarrollado intervenciones curriculares promotoras de estilos de vida saludables para que los niños/as conozcan los efectos nocivos del consumo de tabaco, (García, Jimenez & Moreno, 2013; Grevenstein, Bluemke, Nagy, Wippermann & Kroeninger-Jungaberle, 2014; Sagy, 2014;) y de una inadecuada alimentación o estilo de vida sedentario (Quennerstedt, 2008; Svendsen, 2012).

Los proyectos educativos que contemplan la seguridad, la prevención de riesgos, lesiones no intencionadas y accidentes han demostrado su utilidad a corto plazo cuando incorporan actividades para facilitar la participación activa a la hora de cambiar actitudes. Sin embargo no se dispone de evidencia suficiente sobre cuánta de la incidencia de las lesiones producidas en los centros educativos y del cambio de actitud se traslada al ámbito diario de los escolares (Ruiz, Soriano & Cabrera, 2010; Kattan, Tay & Acharjee, S, 2011; Kingham, Sabel & Bartie, 2011).

Finalizamos el presente capítulo destacando la pertinencia de aunar el enfoque salutogénico y el aprendizaje escolar, identificando a los niños y niñas como activos de promoción de su propia salud y bienestar, así como del entorno/s en los que se desarrollan. La diversidad de los sujetos y de los resultados apela al principio de equidad que permite una escuela inclusiva. Abordamos en el siguiente capítulo los retos que supone esta perspectiva.

Capítulo 2. El reto de la equidad en la promoción de la salud en la escuela: ¿es posible llevar a la práctica las propuestas de las organizaciones internacionales?

2.1. Introducción

Existe suficiente evidencia científica que justifica el desarrollo de programas educativos siguiendo el modelo interaccionista, que vincula la salud y el bienestar con la educación y la calidad de vida. En el anterior capítulo se presenta el entorno escolar como uno de los ámbitos idóneos para llevar a cabo esta labor. Una perspectiva reduccionista sería aquella que tratara de atribuir toda la responsabilidad en materia educativa a la escuela. Ejemplo de ello, podrían ser las opiniones expresadas por la opinión pública, cuando acontecen sucesos que cuestionan la eficacia y la efectividad real de las intervenciones educativas llevadas a cabo en los tradicionales ámbitos formales diseñados para ello.

Cada vez que la sociedad tiene un problema o se encuentra sumida en transiciones de profundo calado, vuelve su mirada hacia la escuela y espera que el Sistema Educativo solucione, en cierta medida, esta situación. La manera de reaccionar ante estas demandas suele depender de la pertenencia o no, a las instituciones educativas. Incluso ahondando más en el sentimiento generado, éste dependerá de la cercanía al contexto real de la escuela. Nos referimos a si el interlocutor/a conoce detalladamente el entramado tan complejo de procesos y actividades (entradas y salidas) que se entretajan en la realidad educativa hasta llegar a la vida cotidiana de las aulas.

Se mantiene la tesis expuesta en el capítulo anterior que perfila este espacio como ideal para la educación y promoción de la salud. La aproximación al terreno real de esta investigación, las comunidades escolares, desdibuja en cierta manera la imagen inicial expuesta por los organismos oficiales. Existe un repertorio de limitaciones que podríamos agruparlas desde problemas relacionados con el tiempo, a otros de carácter social, que ejercen una gran influencia en los niños/as y jóvenes de nuestro mundo actual. Hemos de ser conscientes de esta realidad, pues si bien la escuela puede brindar una significativa influencia en la adquisición de las competencias de salud, esta es

mínima si la comparamos con la que ejerce la familia, los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y en definitiva la misma sociedad y comunidad en la que se vive. Conscientes de esta realidad, el modelo propuesto desde esta investigación para implementar la Promoción de la Salud en la Escuela (PES) aboga por dedicar un espacio propio a esta área, integrado en el proyecto curricular, sin desdeñar la aportación de los ámbitos tradicionales (materias o asignaturas curriculares).

Los principales hitos históricos que constituyen los pilares sobre los que se cimenta la promoción de la salud en la escuela, tal y como conocemos en la actualidad, se recogen a lo largo de este capítulo. Todos ellos han hecho posible un cambio sustancial en la manera de concebir la salud y en el desarrollo de las políticas públicas en estos últimos 30 años. *Salud para todos en el año 2000* fue uno de los objetivos propuestos ya en 1978. La consecución de los mismos no se ha alcanzado en los períodos estimados. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud no cesa en su empeño de incrementar el nivel de salud de la población mundial, como requisito fundamental para un crecimiento económico sostenible.

Una recopilación de las distintas normativas y directrices elaboradas por los organismos internacionales competentes en esta materia, reconocen a la salud como derecho fundamental y como condición previa del bienestar y la calidad de vida. Es un criterio que sirve para medir los progresos realizados en favor de la reducción de la pobreza, de la promoción de la cohesión social y de la eliminación de la discriminación. Iniciar, originar, elevar, tener acceso, indican las acciones para la consecución de estos objetivos. Promover es la condición *sine qua non* para la acción. Etimológicamente promoción es un término que hace mención a la acción y efecto de promover. Proviene del vocablo *promotio*. Hace falta hilvanar estos tres elementos (*pro-movere-ción*), para avanzar paulatinamente en la reducción de la inequidad en educación para la salud. Existen múltiples realidades que se entretajan a la hora de poner en práctica los principios y valores que sustentan las acciones encaminadas a minimizar la desigualdad en el ámbito de la salud. Estas cuestiones se abordan en uno de los apartados de este capítulo.

2.2. Desarrollo normativo de la Promoción de la Salud

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud, se han propuesto distintas estrategias encaminadas a reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad y bienestar de vida de las personas a nivel global. A lo largo de los últimos 40 años diversas conferencias ponen de manifiesto que la salud de las comunidades no se refiere sólo a la supervivencia de sus miembros sino a potenciar el desarrollo de aquellos aspectos que promuevan una calidad de vida acorde con los intereses y expectativas del grupo.

Los avances científico-técnicos han permitido aumentar la esperanza de vida, sin embargo no es suficiente añadir años a la vida. No es sólo la cantidad de años vividos, sino cualitativamente cómo vamos a vivir las personas en el intervalo de nuestra propia existencia en un entorno concreto. Por otro lado, entre los objetivos de ambas se encuentra la salud para todos, meta que no se ha alcanzado a nivel mundial, siendo los países con menor desarrollo económico los más perjudicados. En aquellos con mayor despegue socioeconómico persisten las discordancias entre los habitantes en cuanto el acceso y uso de los servicios de salud y educación.

2.2.1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

A treinta y siete años de la Declaración de Alma-Ata (Declaración del 12 de Septiembre de 1978). La promoción de la salud trasciende del mundo del conocimiento y se dirige a la consecución de actitudes positivas y comportamientos saludables que creen hábitos de salud positiva. *Se solicita una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.* Entre las aportaciones más novedosas, se incluye la responsabilidad de las políticas públicas del cuidado y la preservación de la salud de todas las personas, especialmente de los colectivos más vulnerables. La Tabla 2 sintetiza las ideas principales que se recogieron en esta Conferencia.

Tabla 2. Declaración de Alma-Ata.

1.	La Salud como derecho humano fundamental: Alcanzar el nivel de salud más alto posible
2.	Es inaceptable la desigualdad en salud interregional y entre países desarrollados y en vías de desarrollo.
3.	La promoción y protección de la salud son esenciales para el desarrollo económico y social, para la mejora de la calidad de vida y la paz.
4.	Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación sanitaria.
5.	Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de la población: promoción, salud 2000 y justicia social.
6.	La atención primaria de salud: accesible, universal, autodependencia, sostenible
7.	Características de la atención primaria de salud
8.	Todos los gobiernos deberían formular políticas y estrategias de acción para mantener la atención primaria de salud integrada en el sistema nacional de salud y coordinada con otros sectores
9.	Espíritu de fraternidad entre países
10.	Nivel aceptable de salud aceptable para todos en el 2000, desarmamento y paz

Fuente: OMS, 1978

Se le otorga un nuevo papel a la atención primaria de salud, como primera puerta de acceso para los ciudadanos. La mirada comunitaria trasciende los consultorios tradicionales para abrirse a otros centros y dotaciones: escuelas, centros de trabajo, organizaciones locales, etc. De manera incipiente se acrecienta la participación ciudadana en las políticas de salud, en un parsimonioso avance ralentizado por las discrepancias entre los distintos sectores implicados. Las características de la Atención Primaria de Salud (Figura 4) facilitan la intersectorialidad en las actuaciones de los profesionales contribuyendo a la creación de espacios de encuentro interdisciplinar.



Figura 4. Características de la Atención Primaria

2.2.2. Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Ottawa, 1986. “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida el día 21 de noviembre de 1986 emitió la conocida como Carta de Ottawa, dirigida a la consecución del objetivo *Salud para Todos en el año 2000*. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones.

La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento *Los Objetivos de la Salud para Todos* de la Organización Mundial de la Salud. El debate sobre la acción intersectorial para la salud, sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud, profundiza en el concepto de promoción respaldado por la responsabilidad de proporcionar a los pueblos

los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Las estrategias propuestas en Ottawa, recogidas en la Tabla 3, instauran según Cattford (2007) el punto de arranque del desarrollo de la salud global.

Tabla 3. Estrategias para promocionar la salud

PROMOCIONAR LA SALUD
La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Fuente de riqueza de la vida cotidiana, concepto positivo. Recursos sociales y personales, actitudes físicas.
1. Prerrequisitos para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad.
2. Promocionar el concepto: es el mejor recurso para el progreso personal, económico social y calidad de vida.
3. Proporcionar los medios: alcanzar la equidad sanitaria, reducir diferencias y asegurar igualdad de oportunidades.
4. Actuar como mediador: acción coordinada de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación.

Fuente: Carta de Ottawa, Canadá, 1986

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Se otorga prioridad a la promoción de la salud y a la participación activa para su puesta en práctica (Tabla 4).

Tabla 4. Requisitos para la participación comunitaria

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD IMPLICA:
1. La elaboración de una política pública sana: responsabilidad, enfoques diversos y complementarios. Conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.
2. La creación de ambientes favorables: acercamiento socioecológico de la salud. Fomentar el apoyo recíproco, protección de las comunidades y el medio natural.
3. El reforzamiento de la acción comunitaria: participación efectiva y concreta de la comunidad, fijación de prioridades y puesta en marcha de planes para alcanzar mejor salud.
4. El desarrollo de las aptitudes personales: incrementar las opciones disponibles para ejercer mayor control sobre la propia salud, medio ambiente y optar por todo lo que propicie salud.
5. La reorientación de los servicios sanitarios: nueva orientación y cambio en la educación. Necesidades del individuo como un todo irrumpir en el futuro, compromiso a favor de la promoción de la salud.

Fuente: Carta de Ottawa, Canadá, 1986

2.2.3. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud hasta la Actualidad.

Las siguientes Conferencias Mundiales, celebradas en Adelaida (1998), Sundswall (1991), Jakarta (1997), Ciudad de México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009) y Helsinki (2013), han promovido un marco de actuación que continúe las líneas propuestas en la primera conferencia de Ottawa. La línea del tiempo representada en la Figura 5 alude a la cronología de estos encuentros.



Figura 5. Línea del tiempo: conferencias de promoción de la Salud.

En la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la salud, celebrada en Adelaida en 1988, con el lema *Políticas públicas favorables a la salud*, se identificaron como áreas prioritarias de acción: el apoyo a la mujer; la mejora de la seguridad e higiene alimentaria, la reducción del consumo del tabaco y el alcohol y la creación de ambientes saludables.

Los *Entornos propicios para la Salud* fueron abordados en Sundsvall en el año 1991, donde se enfatizó acerca de la importancia del desarrollo sostenible y se reclamó la acción social en el ámbito comunitario y con las personas como motor del desarrollo.

En la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la salud en Yakarta, en 1997, cuyo lema fue, *Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI* se insta a los gobiernos a expandir y consolidar alianzas para aumentar las inversiones y asegurar una infraestructura adecuada para la promoción de la salud. En el año 2000 se produce la declaración de México, una declaración ministerial firmada por todos los ministros de salud del mundo, en la que se afirma la contribución de las estrategias de promoción para la Salud a la sostenibilidad de las acciones locales nacionales e internacionales en materia de salud.

Los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado se concentran en cuatro objetivos clave definidos en Bangkok en 2005: 1) garantizar que la promoción de la salud sea esencial en el programa mundial para el desarrollo, 2) hacer que la promoción de la salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos, 3) incluir la promoción de la salud como una buena práctica corporativa, 4) fomentar la promoción de la salud como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

En 2009 Nairobi es el escenario en el que se plantean medidas urgentes para *cerrar la brecha de implementación en promoción en la salud*. Se cierra este ciclo de conferencias en Helsinki en 2013, donde tiene lugar la octava conferencia que lleva por título “Salud en todas las Políticas” (SPT). En el siglo XXI, la firme creencia de que la salud viene determinada en gran medida por factores externos al ámbito sanitario, constata la necesidad de llevar a cabo una política

sanitaria eficaz que contemple todos los ámbitos políticos, especialmente los que conciernen a las esferas sociales, las fiscales, aquellas relacionadas con el medio ambiente, con la educación y la investigación.

Entre los objetivos de la conferencia se encuentran los de: 1) impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia SPT y 2) avanzar en la implementación de la reducción de las inequidades en salud propuesta por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

2.3. Entramado de realidades que coexisten en la puesta en práctica de estas propuestas.

La superación de obstáculos para acercar estas medidas al ámbito real de las personas y comunidades es una de las prioridades que se plantean desde los diversos colectivos, que aúnan esfuerzos en pro de la salud colectiva. El reto de la equidad y de la igualdad de oportunidades en el acceso a aquellos activos que potencian el bienestar, en el caso de los niños y niñas que acuden a los centros escolares, pasa por conocer la realidad que circunscribe su entorno para adaptar las intervenciones de manera individual, en la medida que sea posible.

2.3.1. Determinantes de salud

El historiador Henry Sigerist es el primero en usar la palabra promoción de la salud en los siguientes términos: *la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación* (Sigerist, 1946 en Terris 1992). Acuña por primera vez este término definiendo cuatro áreas esenciales de la Medicina: a) la promoción de la salud, b) la prevención de la enfermedad, c) el restablecimiento de los enfermos y d) la rehabilitación. Estas áreas de actuación permanecen inalterables, aunque su abordaje y desarrollo está en constante cambio.

Tres décadas después, en 1974, un informe titulado *Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses*, constituye el punto de inflexión de la concepción contemporánea de la Salud Pública y Promoción de la Salud. Fue probablemente el primer reconocimiento de un país industrializado relevante,

que otorga primacía a un conjunto de determinantes de la salud que engloban al individuo y al entorno en su totalidad. Se desmitifica la creencia de que las intervenciones biomédicas (servicios médicos y tecnológicos, hospitalarios, farmacéuticos, etc.), son las principales responsables para el bienestar individual y la mejora de nivel de la población en el estado de salud. Las aportaciones de Lalonde (1974), expuestas en la Figura 6, suponen un punto de inflexión en el replanteamiento de la dotación de los recursos comunitarios y educativos, en detrimento de la asignación de los dirigidos al sistema sanitario.

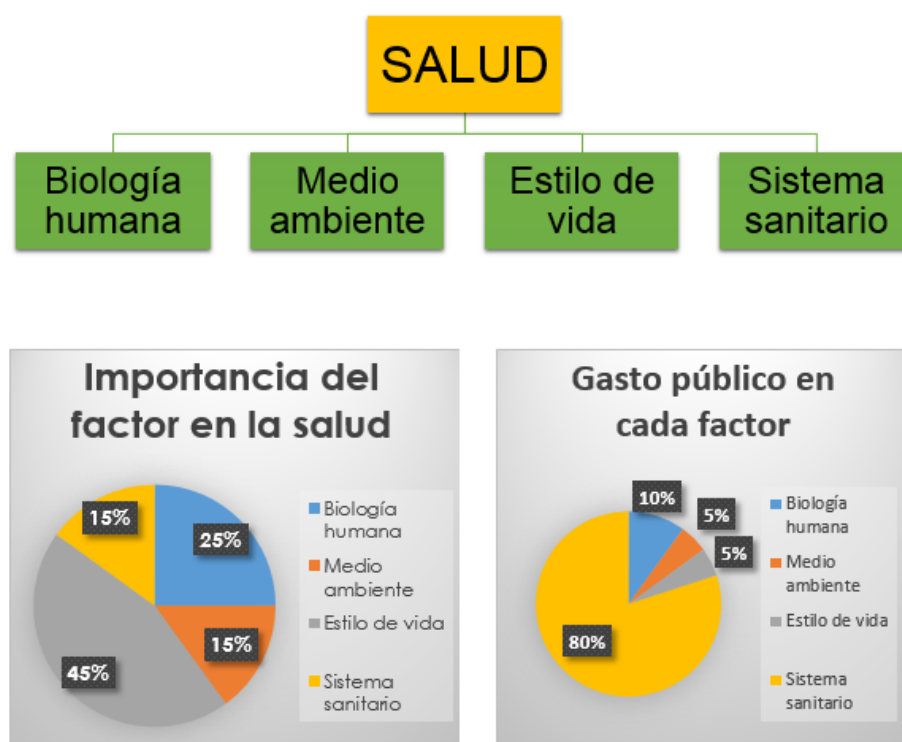


Figura 6. Determinantes para la salud. Fuente: Informe Lalonde, 1974. Elaboración propia

Esta contribución que llegó a ser conocida como el *Informe Lalonde* identifica cuatro campos de salud interdependientes que se describen a continuación:

1. **BIOLOGÍA HUMANA:** Este determinante se refiere a la herencia genética que no era modificable pero en la actualidad se empiezan a desarrollar terapias genéticas que están abriendo muchas y nuevas posibilidades.
2. **MEDIO AMBIENTE:** Se refiere tanto a cualquier contaminación ambiental producida en el aire, suelo o agua que afecta a la salud de los individuos, como a la contaminación del ambiente doméstico o la llamada

contaminación sociocultural y psicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad etc.

3. ESTILO DE VIDA: Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.
4. SISTEMA SANITARIO: Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.

Según estos determinantes de salud, los sistemas de salud pública de los estados deberían invertir más en mejorar las condiciones socioambientales de las comunidades que en asignar más recursos económicos a los sistemas sanitarios. La existencia de los mismos debería suponer la ruptura de la tendencia mantenida por parte de la sociedad occidental de demandar servicios biosanitarios en detrimento de la adquisición de estilos de vida saludables y la transformación del medio ambiente. Estos últimos tienen una incidencia en la salud casi seis veces superior que la atención prestada por el sistema sanitario. En este entramado de factores, la salud es inseparable del sistema social, político y económico.

2.3.2. Desigualdades sociales en salud. Desde el informe Black hasta tu parada de metro.

El informe Black marca un antes y un después en el mundo de la epidemiología social. El estudio titulado *Inequalities in health* (1980) pone de manifiesto las diferencias marcadas en las tasas de mortalidad de las clases ocupacionales de Londres. El estudio muestra que los funcionarios de las escalas más inferiores tienen mayor propensión a tener factores de riesgo para la salud, como la obesidad, el tabaquismo, menor tiempo de ocio, etc. A pesar de excluir su influencia y ajustar la tasa por estos factores, la mortalidad cardiovascular era 2,1 veces mayor en los estratos bajos frente a los directivos.

Con estos datos se desmontan algunos mitos atribuidos a la responsabilidad individual en la gestión de la salud, explorándose también las condiciones de trabajo, el grado de apoyo social, el entorno socioeducativo, etc., tal y como se refleja en la figura adjunta.

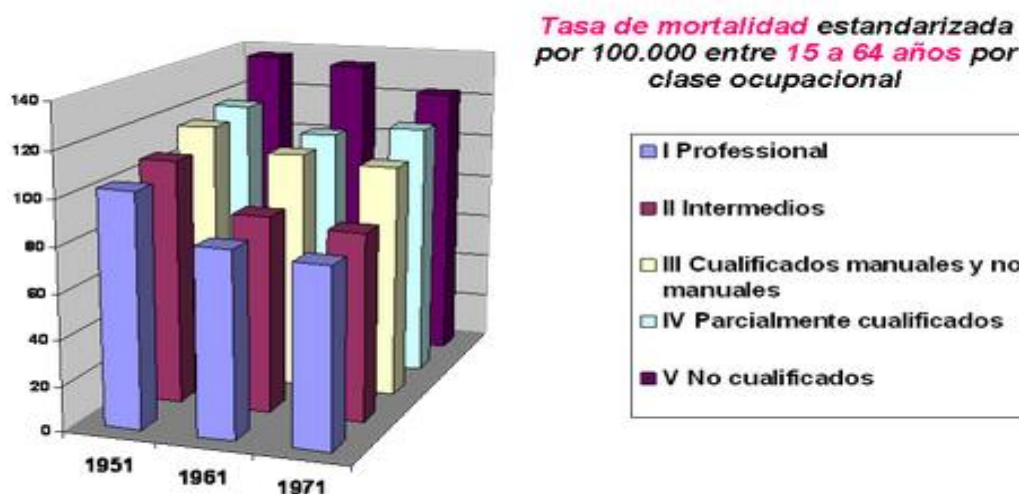


Figura 7. Tasas de mortalidad en Londres. Fuente: Informe Black 1980

El informe titulado *Desigualdades sociales de salud en España (DSS) Informe de la comisión científica para el estudio de las DSS en España* es publicado en 1996. Concluye que en nuestro país concurren inequidades en salud. Existen colectivos desfavorecidos y entre ellos los niños y niñas son más vulnerables, por lo que merecen especial interés. Se propone una atención más centrada en la infancia promoviendo mejores condiciones de vivienda, cambio de hábitos y refuerzo de la acción comunitaria en materia de salud y educación. El marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales (Figura 8) se elabora en esta comisión, siguiendo las directrices propuestas por la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS) de la Organización Mundial de la salud.

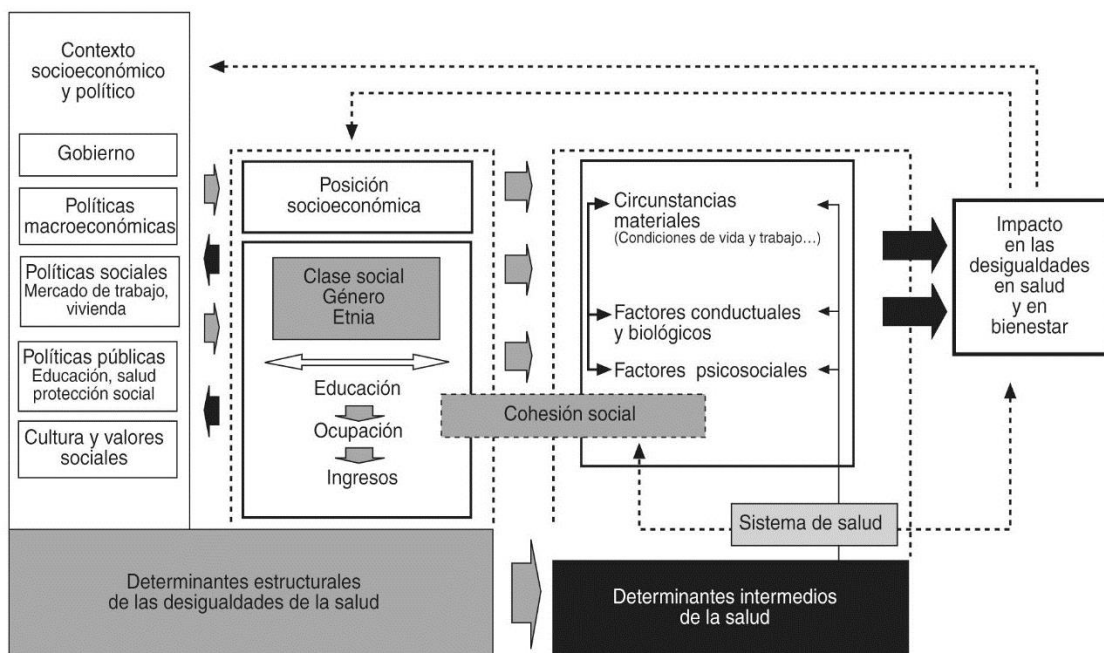


Figura 8. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Fuente: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010.

La relación entre la esperanza y la calidad de vida dependiendo de la ubicación del domicilio se refleja en figuras de amplia divulgación de salud pública realizadas por el Observatorio de Salud de Londres (Figura 9), en las que se visualiza las diferencias de esperanza de vida en una línea de metro londinense. La fundación norteamericana Robert Wood Johnson presenta diferentes mapas de metros de ciudades de USA para señalar las diferencias de esperanza de vida al nacer según en qué paradas y en qué barrios se viva, muy ilustrativas y que se adjuntan a continuación.

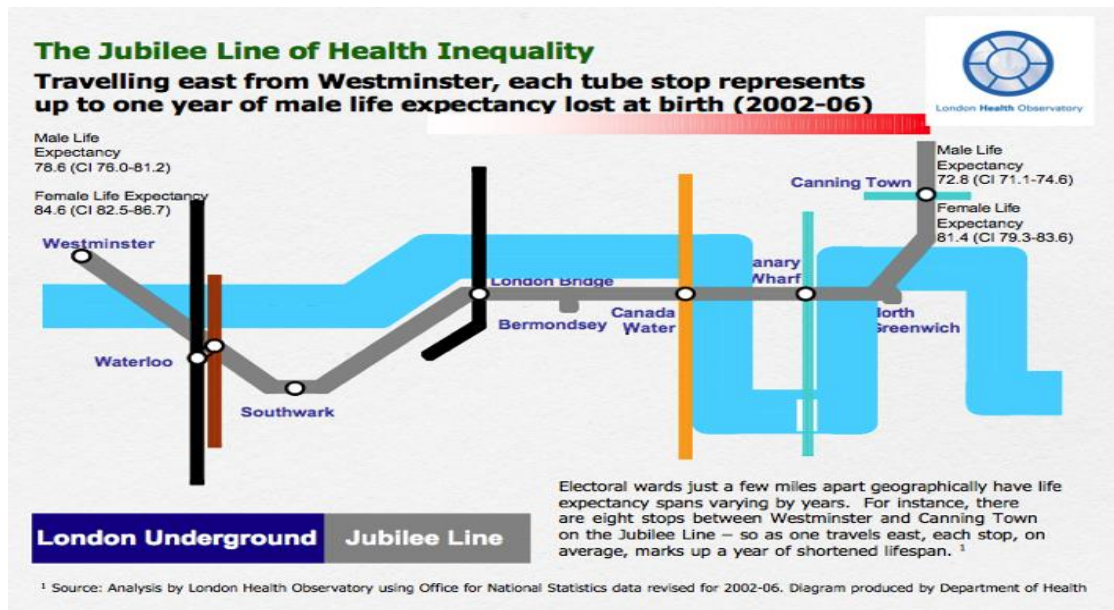


Figura 9. Línea de metro de Londres en clave de desigualdad. Fuente: Public Health England 2009

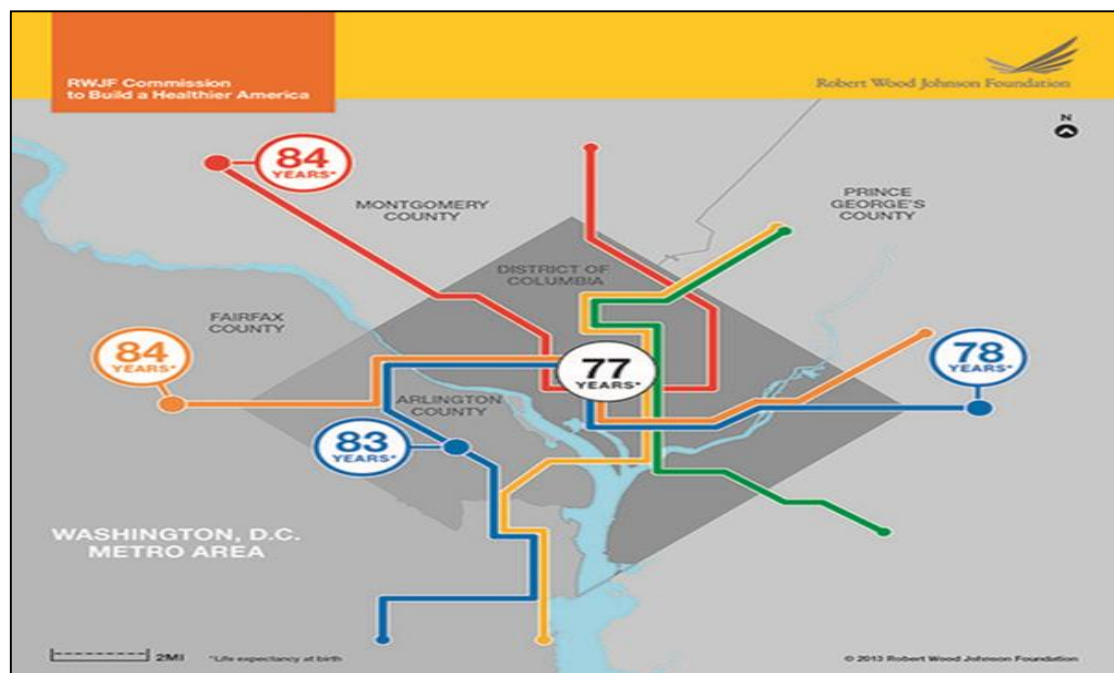


Figura 10. Esperanza de vida en el área metropolitana de Washington. Fuente: Robert Wood Johnson Foundation, 2013.



Figura 11. Esperanza de vida en el área de Nueva Orleans. Fuente: Robert Wood Johnson Foundation, 2013.

A primera vista, las Figuras, 9, 10 y 11, perfilan las discrepancias entre los años vividos en los diversos emplazamientos de la misma ciudad. Si nos detenemos con mayor profundidad en estas imágenes, desde la narrativa de los barrios, se logra vislumbrar que en ellos están situadas las escuelas, los centros de salud, los espacios culturales, de ocio, etc. La pertenencia a uno u otro distrito, implica necesariamente la desigual dotación de recursos humanos y materiales asignados por centros, constituyendo una de las principales limitaciones a la hora de llevar a cabo proyectos de innovación educativa, atención a la diversidad, refuerzo lingüístico, e iniciativas dirigidas a la promoción de la salud, autoestima, autonomía, entre otras.

2.3.3. Influencia de diversas variables en el acceso a la educación para la salud.

Autores expertos en Salud Comunitaria de nuestro país como Botello, Palacio, García, Margolles, Fernández, Hernán & Cofiño (2013) afirman que la capacidad que tiene el entorno para incidir en la salud de los ciudadanos es más importante que el código genético. En distintos barrios de una misma ciudad, la esperanza de vida de sus habitantes puede variar en seis años. Desde un punto de vista

científico, es mucho más eficiente modificar un entorno que actuar sobre factores de riesgo en consultas. Ahí radica la importancia de actuar no sólo sobre los procesos biológicos, sino también sobre el trabajo, el lugar estudio o laboral. El centro de salud, aunque es importante, no es la única sede de salud. Las asociaciones, los movimientos sociales, las instituciones educativas ejemplifican otras entidades comprometidas con la salud de la comunidad.

El informe *Barrios con Futuro* presentado en diciembre de 2014 en Asturias, elaborado por la Asociación de Dinamización Comunitaria *El Telar* en colaboración con la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, es un ejemplo de proyecto coordinado que se rige por los principios de Salud Comunitaria. Se han detectado los principales focos de atención que requieren de una actuación intersectorial adecuada al contexto real del barrio, agrupándose en cuatro ejes que dirigen la atención a los recursos existentes, las circunstancias socioeconómicas desfavorables, la carencia de opciones saludables en el entorno y las propuestas de intervención.

Una síntesis de estas debilidades expuestas en la Tabla 5, muestran las dificultades que existen en algunos barrios y que condicionan la elección de estilos de vida saludables.

Tabla 5 .Detección de debilidades de un barrio que dificultan las elecciones saludables

Recursos existentes	Circunstancias socioeconómicas desfavorables	Carencia de opciones saludables en el entorno
Centros educativos	Desempleo	Falta de espacios deportivos
Ocio y tiempo libre	Alimentación inadecuada	Escasez de zonas verdes
Bibliotecas	Falta de conciliación familiar	Barreras arquitectónicas
Tejido social	Vínculo escolar escaso	Escasa infraestructura de movilidad sostenible
Actividades extraescolares		Condiciones de habitabilidad deficientes

Fuente. Observatorio de Salud Asturias, 2014

Los equipamientos (red de centros educativos, recursos de ocio, deportivos, bibliotecas, tejido social, etc.) y el conocimiento sobre los recursos de la zona referentes a programas sociosanitarios existentes para la infancia y la juventud, complementan el aprendizaje formal del ámbito escolar, reorientando además los espacios de coordinación del barrio y la participación en iniciativas para propiciar un diseño urbanístico facilitador de estilos de vida saludables.

La dificultad de cobertura de las necesidades básicas, por falta de ingresos económicos suficientes en las familias, genera problemas de hábitos alimenticios que se dan en sus dos extremos (obesidad-falta de alimentación). La falta de tiempo para poder estar con los hijos/as hace que muchos niños/as pasen muchas horas en la calle sin adultos de referencia. Esto repercute en su conducta y en el rendimiento escolar. La falta de integración en el ámbito escolar repercute en el bienestar emocional de los más pequeños/as.

A lo anterior se añade una falta de actividades que propicien la participación en iniciativas de tiempo libre. Al no existir este tipo de recursos, los talleres con familias y apoyo ante el fracaso escolar, son escasos. La falta de proyectos de educación no formal y participación juvenil no permite un adecuado trabajo coordinado entre la escuela, los equipos de salud y los agentes sociales. Se precisan locales para las asociaciones y colectivos que quieren poner en marcha iniciativas sociales. En este sentido se propone: 1) generar espacios de encuentro y relación para realizar actuaciones como mapeo del barrio entre la enfermería comunitaria y la asociación de madres y padres de la escuela de referencia. 2) implicar a la comunidad escolar en el proyecto Barrios con Futuro para mantener un intercambio y análisis continuado de la realidad y 3) llevar a cabo iniciativas conjuntas con enfoque participativo

2. 4. Promoción de la salud en el contexto escolar

La salud y la educación están íntimamente ligadas. Gozar de una buena salud es vital para un aprendizaje efectivo que capacite a los niños y niñas para desarrollarse y vivir en sociedad. El compromiso de la escuela para el desarrollo integral del individuo hace de la Educación para la Salud una necesidad educativa básica y un prerrequisito para adquirir las habilidades para la vida

Para ello es necesario que la escuela ofrezca un marco conceptual adecuado, unas propuestas metodológicas que respondan a los objetivos pretendidos y un clima escolar que refuerce la construcción de los contenidos en los ámbitos del saber, saber hacer, saber ser y estar. La combinación de estos tres elementos precisa de la participación activa de todos los agentes que componen la comunidad educativa. Así el fruto de la relación existente entre la organización de la escuela y la comunidad refuerza y apoya el plan de estudios.

A modo de síntesis retomamos el capítulo previo sobre el *marco conceptual* presentado en este trabajo para el desarrollo de la EPS en el aula. Este se corresponde con la perspectiva salutogénica que algunos autores han considerado el marco común de la Carta de Ottawa, con la que comparte historia, valores y principios (Lindstrom & Eriksson 2010) tal y como se recoge en la Tabla 6. Los principios de la carta de Ottawa se pueden equiparar con la teoría salutogénica, constituyendo un marco apropiado para el desarrollo de la EPS en el contexto escolar (Nutbeam & Harris, 2010).

Tabla 6. Algunos de los denominadores comunes y diferenciales de la salutogénesis y la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.

	SALUTOGENESIS	CARTA DE OTTAWA
Preludio	El Holocausto	Declaración de los Derechos Humanos de la ONU/declaración de salud de la OMS
Referencia temporal	1979,1987	1986
Estado	Teoría, evidencia	Principios, ideología
Fundamento	Derechos Humanos, es decir, sujetos activos participativos	Derechos Humanos, es decir, sujetos activos participativos
Enfoque	Orientación global a la vida	Promoción de la salud
Salud como	Proceso de aprendizaje a lo largo de la vida	Un proceso
Conceptos clave	Sentido de coherencia(SOC) y Recursos de Resistencia Generalizada	Promoción de la salud
Recursos	Recursos de resistencia generalizada (GRR)	Determinantes de salud
Mecanismos clave	Habilidad para usar los GRR para el desarrollo de un SOC fuerte	Permitir el control de los determinantes de salud (empoderamiento)
Elementos	Comprensibilidad, manejabilidad, significatividad	Determinantes de salud, entorno, proceso, vida activa y productiva
Aproximación	Contextual, sistemas	Entornos
Resultados	Percepción de buena salud, salud mental y calidad de vida	Una mejor salud, vida activa y productiva
Papel profesional	Sirve como GRR	Facilitador, permitir a las personas
Concepción errónea	Sólo medir el SOC	Solo una aproximación de riesgo centrándose en los comportamientos de salud

Fuente: Lindstrom y Erickson. Guía del autoestopista salutogénico

En este contexto conceptual de la escuela primaria en España se plantean como objetivos de la educación para la salud en la escuela (Salvador & Suelves, 2009):

1. Crear un entorno favorable de salud
2. Incluir la salud en la cultura de la escuela
3. Comprender que es una responsabilidad compartida que requiere participación de todos los agentes implicados
4. Contextualizar las actuaciones en el marco sociocultural y geográfico
5. Desarrollar la EPS en el currículo
6. Capacitar al alumnado en la gestión de su propia salud, desarrollando el pensamiento crítico para potenciar la misma.

Para alcanzarlos debe hacerse un esfuerzo común por interpretar las diferentes visiones que tienen los/as docentes, alumnos/as y resto de la comunidad respecto a la concepción de la salud. Los equipos de gestión y organización escolar han de procurar que todos los miembros de las escuelas puedan acceder en las mismas condiciones a la información.

Estas actitudes participativas se dirigen a toda la comunidad, entendiendo por comunidad escolar padres, madres, familias, profesorado, alumnado, personal no docente, equipos de salud y del ámbito socio sanitario y de la administración educativa de la zona geográfica donde se encuentre ubicada (García-Bacete, 2003; Bolívar, 2006) La cooperación entre familias y escuelas resulta fundamental para que los objetivos planteados en común se logren con éxito. Entre las estrategias de aproximación pueden resumirse en palabras de Álvarez (1999,75) en *“la formación, los incentivos, la experimentación innovadora, la ampliación de la acción a toda la comunidad y la factibilidad de los cambios”*

Capítulo 3. Plataforma de Escuelas para la Salud en Europa: enfoque multidisciplinar para la adquisición de competencias

3.1. Escuelas de Salud en Europa.

La salud es un bien social. Su percepción no está condicionada únicamente por su naturaleza biológica, sino que está influenciada por numerosos factores que inciden en la vida de las personas (entorno socioeconómico, educación, ritmo de vida, publicidad, moda, comodidad, etc.) Una de las potencialidades que no se puede obviar en la era de las tecnologías y de las redes digitales es la interconexión que estas permiten en la aldea global acuñada por McLuhan, (1962, 1964, 1968, 1996). Así ha quedado patente en las numerosas redes supranacionales y proyectos de cooperación que se despliegan en la actualidad.

Los contextos educativos son permeables a estas actuaciones y participan activamente de ellas. El compromiso con el cuidado medioambiental, la economía sostenible, el respeto a los derechos humanos, el plurilingüismo, etc., constituyen entre otros, ejemplos de propuestas para implementar en la escuela en colaboración con regiones de cualquier lugar del planeta. Estas redes educativas internacionales, de manera sistemática, buscan la colaboración entre socios de distintos países para realizar un proyecto curricular común entre sus estudiantes.

El Programa Comenius es un prototipo a nivel europeo, que tiene por objeto reforzar la dimensión europea en el campo de la educación infantil, primaria y secundaria, promoviendo la movilidad y la cooperación entre centros educativos. (Tye, 2003) La orientación de estos proyectos de innovación educativa es diversa.

En el caso de las ESCUELAS SOLIDARIAS se incorporan valores como la educación para el desarrollo, la cooperación y la solidaridad internacional en su práctica escolar. La red de ESCUELAS SOSTENIBLES fomenta la participación de la comunidad educativa en proyectos medioambientales. Otras como las de EDUCACIÓN RESPONSABLE desarrollan la inteligencia emocional y la creatividad del alumnado. Se pretende una renovación metodológica, temática y organizativa del aprendizaje y la enseñanza en las pertenecientes a las ESCUELAS DE

INNOVACIÓN EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA. La red de ESCUELAS DE SALUD PARA EUROPA es otro exponente de estos consorcios. En este caso se desarrollan proyectos de promoción de la salud para toda la comunidad educativa.

El éxito de la participación en este tipo de programas se explica en parte por la rapidez con la que se difunde la información en Internet y por la ‘amigabilidad’ de su entorno de trabajo, así como por su bajo coste económico. La motivación del alumnado suele verse reforzada por el contacto con sus iguales extranjeros. Aunque es indiscutible que su participación va en aumento, existen también obstáculos asociados al conocimiento de un idioma extranjero, la comodidad en el manejo de las TIC y la falta de equipamiento.

3.1.1. Antecedentes y situación actual

Es necesario ofrecer algo más que las tradicionales clases, campañas o acciones puntuales de educación para la salud en el programa de estudios, si se quiere desarrollar todo el potencial de la escuela en este terreno. Con nombres como *ESCUELAS DE SALUD EN EUROPA*, *SALUD ESCOLAR INTEGRAL*, *ESCUELAS PARA LOS NIÑOS/AS*, *ESCUELAS PROMOTORAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE* y la iniciativa *Focusing Resources on Effective School Health* (FRESH), se proponen unas acciones cuyo hilo conductor es el enfoque integral de la escuela.

Una escuela promotora de salud es aquella que pretende que toda la comunidad educativa adopte modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. La escuela tiene una gran potencial en la promoción de salud y el desarrollo de la infancia, la juventud, de las familias y en general de toda la comunidad educativa. Una estrategia cimentada sobre el enfoque de escuelas promotoras de salud ayuda a gestionar ésta junto con las cuestiones sociales, mejora el aprendizaje del alumnado y por ende incrementa la eficacia de la escuela.

Las iniciativas de promoción de la salud efectuadas en los últimos 25 años han constatado que el logro de respuestas efectivas en salud sólo son posibles mediante estrategias con un enfoque social, comunitario y político integral (Sapag & Kawachi, 2007). La implementación de políticas educativas y desarrollo de la EPS no ha sido ajena a esta realidad en nuestro país. La

detección de necesidades y establecimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo de un proyecto nacional de EPS en la escuela ha sido una constante en un grupo de investigadores que han acercado la gestión y el cuidado de la propia salud a los contextos cercanos de las personas (Gallego, 1999; Gavidia, 2002; Davó, Gil, Vives, Álvarez-Dardet & La Parra, 2008; Hernán & Lineros, 2009; González de Haro 2010; Rivera, Ramos, Moreno & Hernán, 2011).

Por otro lado, la perseverancia del profesorado junto con las familias y otros colectivos vinculados al contexto escolar (los cuales no han cesado en su empeño de incorporar estos temas en la escuela), han contribuido notablemente a que dichos contenidos gocen de la relevancia que se les otorga en el presente.

La actual Red de Escuelas para la Salud en Europa (red SHE) inició su andadura en el año 1991 para facilitar el trabajo estratégico conjunto entre los sectores educativos y de la salud. La precursora Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS) dirigió un programa que ha ayudado a elevar el perfil y el compromiso con la promoción de la salud en la escuela. Comenzó como una iniciativa de tres organizaciones internacionales: el Consejo de Europa, la Comisión Europea y la Oficina Regional de la OMS para Europa. Actualmente está compuesta por 45 países de Europa (pertenecientes a la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud; Figura 12).

España se incorporó a esta iniciativa en el año 1993. El primer encuentro de miembros de la red tuvo lugar en Granada en 1995, año en el que se diseñó un proyecto piloto para diseminar la idea durante el transcurso del año 1996. Hasta el año 2001 existían aproximadamente 160 centros adheridos a la red. Al transferirse las competencias de salud a las distintas comunidades autónomas en el año 2000, la responsabilidad de esta participación se difuminó entre los niveles nacional y autonómico.

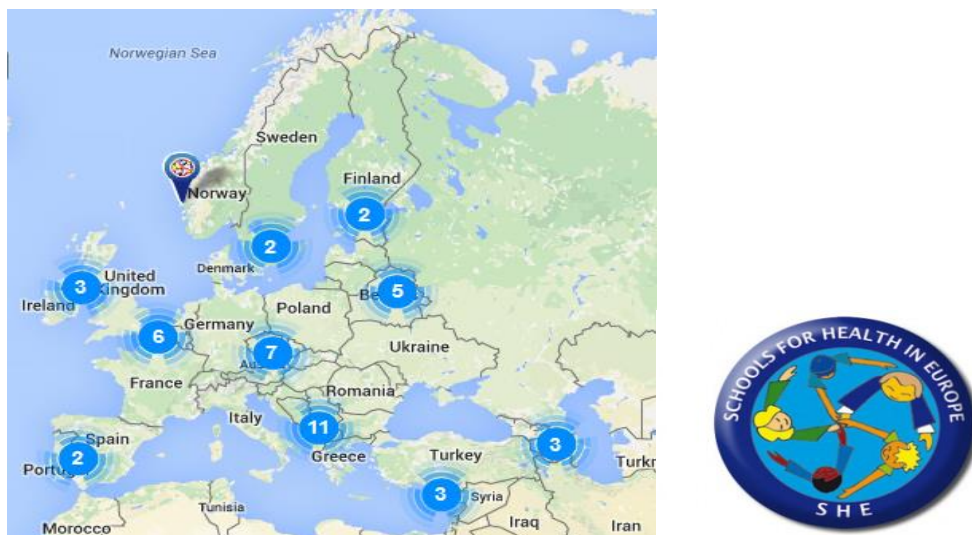


Figura 12. Países miembros de la Red She

La reactivación de esta cooperación fue llevada a cabo mediante la firma de un convenio entre los Ministerios de Educación y Sanidad en el año 2005. Actualmente forman parte de la Red SHE en España unos 400-450 centros educativos que pertenecen a ocho Comunidades Autónomas: Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Murcia, Navarra y la Comunidad Valenciana. Existen otras redes a nivel nacional, pero no están adscritas a la europea.

La red está coordinada, desde Europa por el *Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie* (NIGZ), como centro colaborador de la OMS para la Promoción de la Salud Escolar y desde España por el Instituto de Formación del Profesorado, Investigación e Innovación Educativa (IFIIIE), del Ministerio de Educación, como coordinador nacional (Buijs, 2009) A nivel autonómico la coordinación es compartida por los departamentos de Educación y Salud, designándose a un responsable de cada ámbito.

El principal objetivo de la red SHE es dar soporte a las organizaciones y a los profesionales de estos dos ámbitos, facilitando una plataforma europea común. De este modo se brinda información, se fomenta la investigación, se comparten buenas prácticas, experiencias y habilidades. En definitiva, se promueve la salud escolar. Los métodos de trabajo empleados estimulan el intercambio profesional,

abogan por la importancia de la planificación escolar de esta temática y fomentan el desarrollo de vínculos entre la comunidad educativa y el alumnado.

Se realizan reuniones internacionales conjuntas para trazar objetivos comunes y acciones estratégicas amparadas en resultados de investigación y prácticas que han resultado eficaces. El encuentro de partida tuvo lugar en Grecia en 1997, seguido por el llevado a cabo en los Países Bajos en el año 2002. En el año 2009, en la declaración de Vilna (Lituania), se realiza un acuerdo tácito entre los países miembros facilitador de una mayor interconexión cristalizada en las tres sucesivas conferencias celebradas en Dinamarca en 2013, Estonia en 2014 y Finlandia en 2015.

3.1.2. Valores y pilares de la red SHE

El enfoque SHE para la promoción de salud escolar en Europa se basa principalmente en cinco valores y cinco pilares. La red SHE utiliza un concepto positivo de la salud y del bienestar y reconoce la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

Valores de la red SHE	Pilares de la red SHE
Equidad las escuelas promotoras de salud aseguran el acceso igualitario a todo tipo de oportunidades en educación y en salud. En este sentido, hacen posible la reducción de desigualdades en salud.	Participación la participación significativa favorece el sentimiento de pertenencia del alumnado, del personal docente y no docente y de las familias. Este sentimiento es un requisito previo para la eficacia de las actividades de promoción de salud en la escuela.
Sostenibilidad las escuelas promotoras de salud reconocen que salud, educación y desarrollo están muy unidos. Las escuelas actúan simultáneamente como centros de aprendizaje académico y como centros de apoyo para desarrollar una visión positiva y responsable sobre el futuro papel del alumnado en la sociedad. Las escuelas promotoras de salud alcanzan su mejor desarrollo cuando se llevan a cabo de forma	Calidad educativa las escuelas promotoras de salud crean mejores procesos de enseñanza/aprendizaje. El alumnado saludable aprende mejor, el profesorado y el personal saludable trabaja mejor y tiene una mayor satisfacción laboral. La principal tarea de las escuelas es maximizar los resultados escolares.

sistemática los esfuerzos y logros durante un período prolongado. Los resultados (tanto en educación como en sanidad) se consiguen, en su mayoría, a medio o largo plazo.	Las escuelas promotoras de salud apoyan la consecución de las metas educativas y sociales de una escuela en general.
Inclusión las escuelas promotoras de salud se benefician de la diversidad y aseguran que las escuelas sean comunidades de aprendizaje, donde todos sus miembros sientan confianza y respeto. Las buenas relaciones entre toda la comunidad educativa son importantes.	Evidencia las escuelas promotoras de salud están informadas de las investigaciones existentes y de las evidencias, que centradas en el enfoque y una práctica de promoción de salud escolar, puedan existir tanto en temas de salud por ejemplo salud mental, alimentación, consumo de sustancias) como de otros asuntos más generales de la escuela.
Empoderamiento (Empowerment) y Competencia de Acción.- las escuelas promotoras de salud capacitan a los niños y niñas, a la juventud y a todos los miembros de la comunidad educativa a la participación activa, para conseguir objetivos relacionados con la salud y a actuar en la escuela y la comunidad, para alcanzar los mismos.	Escuelas y comunidades las escuelas promotoras de salud forman parte de la comunidad que las rodea. Fomentan la colaboración activa entre la escuela y la comunidad y son agentes del fortalecimiento del capital social y la alfabetización en salud
Democracia las escuelas promotoras de salud se basan en valores democráticos y practican el ejercicio de los derechos así como la asunción de responsabilidades.	Enfoque global sobre la salud debe existir coherencia entre las políticas y las prácticas educativas, reconocidas y comprendidas por toda la comunidad escolar.

3.1.3. Red de escuelas de salud en Navarra

Navarra es una de las ocho comunidades autónomas que pertenece a la red She. Desde su incorporación en el año 2000 ha sido una de las pioneras en la realización de acciones innovadoras en torno a la salud escolar. En la página de educación del gobierno de Navarra se recoge la existencia de 37 centros adheridos a esta red (<http://www.educacion.navarra.es/web/dpto/escuelas-promotoras-de-salud>) durante el curso 2014-2015 (ver Anexo 1) Esta red reúne tanto a centros públicos y concertados de todas las etapas: Infantil, Primaria, Secundaria y Educación Especial. Se establecen unos requerimientos para

formar parte de esta red en los que nos detendremos a continuación. Existe una convocatoria que se gestiona mediante la sección de Innovación Educativa anualmente.

Los requisitos contemplados incluyen el desarrollo de un proyecto de trabajo en relación a los planteamientos de promoción de salud, que debe tener una duración mínima de tres cursos académicos. Al menos un 25% del profesorado y del alumnado debe estar implicado y se ha de aprobar por el Claustro y el Consejo Escolar. Para garantizar la participación y la pertenencia de todos los miembros de la comunidad educativa, se crea una comisión de salud en el centro integrada por profesorado, familias, personal no docente, representantes del centro de salud y de instituciones locales. Propuestas como *Aprendiendo a relacionarnos*, *Desarrollo de actitudes saludables*, *capacidad de toma de decisiones y resolución positiva de conflictos*, *Con motivación se hace mejor la prevención*, plasman la diversidad de proyectos salubristas que se confeccionan en las aulas.

Los recursos didácticos digitales se combinan con los impresos en el aula, retrocediendo estos últimos por el ascenso de las nuevas aplicaciones en la era digital. Las primeras propuestas, en las que el tratamiento de la imagen se mostraba como un recurso educativo presente en las aulas, comenzaron en la primera mitad del siglo XX. Desde entonces hasta ahora, la cantidad de recursos basados en la imagen ha ido en aumento. La llegada de Internet en la década de los noventa y las aplicaciones que permite la web 2.0 ha potenciado más aún el valor de la imagen.

Frente a la tradicional prioridad del texto con respecto a la imagen en la mayoría de los contextos de enseñanza, en muchos aspectos de la vida, la pantalla y los estímulos visuales que se proyectan en ella, han sustituido a la palabra escrita. Los alumnos y alumnas de hoy tienen una mayor familiaridad con las nuevas tecnologías y con la manipulación e intercambio de mensajes visuales, facilitada por las aulas de informática, la presencia de Pantallas Digitales Interactivas (PDI) en la mayoría de aulas, así como la reciente incorporación de Tablets en los centros escolares.

Goldstein (2008), autor del libro *El uso de imágenes como recurso didáctico* argumenta la importancia de promover una alfabetización visual y propone amplificar la atención que se la da a la comunicación visual en la formación reglada. Como ejemplo de que “una imagen vale más que mil palabras a continuación incluimos una selección de actividades llevadas a cabo en los últimos años por los centros de la red She en Navarra en formato fotográfico.



Figura 13. Actividades de la red She en Navarra: huertos escolares y alimentación saludable



Figura 14. Actividades red She en Navarra: actividad física, juego deportivo, gestión de emociones, cursos de RCP.

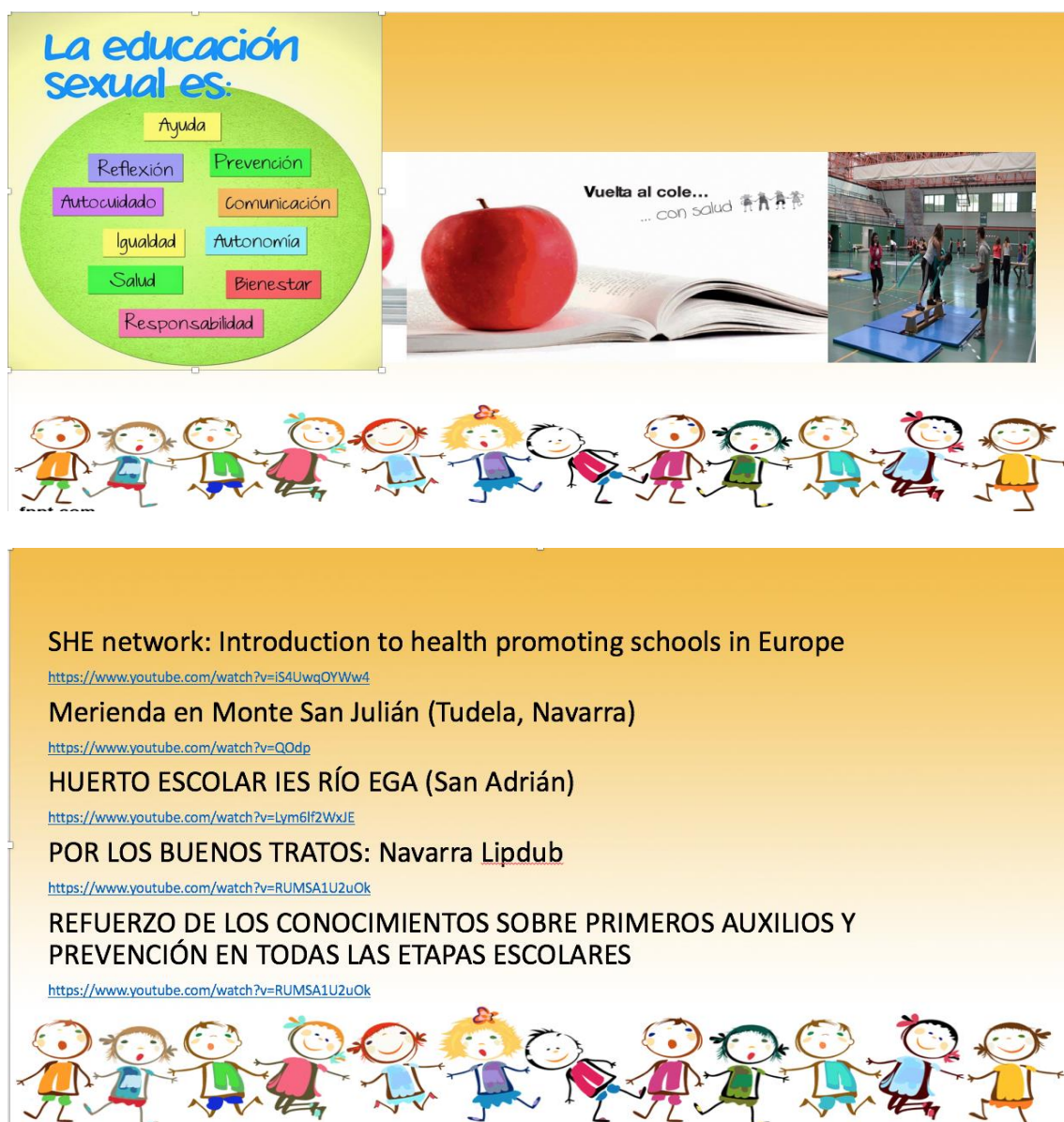


Figura 15. Actividades red She en Navarra: Educación sexual, Por los buenos tratos.

La actual coyuntura económica incide en una menor financiación de propuestas para el desarrollo de la EPS. Los esfuerzos previos han sentado las bases para que esta visión permanezca en las aulas escolares y amortigüe la falta de recursos económicos, con grandes dosis de creatividad y esfuerzo por parte de todos los miembros de la comunidad escolar. Ejemplo de ello son los huertos escolares, los talleres de cocina saludable intergeneracionales, las iniciativas de movilidad sostenible, los proyectos de centro y la mayor participación en la red de Escuelas de Salud para Europa (She) o en proyectos coordinados.

3.2. La comunidad educativa: agentes y funciones

3.2.1. El alumnado de educación primaria: algunas características

El aprendizaje humano es una actividad que comienza desde el nacimiento y es constante a lo largo de todo el ciclo vital. A través de la experiencia, los niños y las niñas son capaces de adquirir aquellas habilidades y destrezas que les permiten vivir en diversos contextos. Existen distintas teorías psicológicas del aprendizaje que describen los distintos mecanismos por los que las personas aprenden nuevas ideas y conceptos. Entre las de mayor calado en la escuela encontramos el conductismo, el cognitismo, el constructivismo, teorías eclécticas, etc.

No es objetivo de la presente tesis incluir un tratado de psicología que superaría los objetivos y los límites físicos. Nos decantamos por detenernos en la corriente que mayor influencia ha tenido en el planteamiento del desarrollo del aprendizaje en nuestro entorno, a sabiendas que dejamos de lado aportaciones fundamentales como la creatividad, inteligencias múltiples, lenguajes etc. Abordaremos posteriormente el desarrollo de competencias emocionales.

La clásica teoría cognitivista impulsada por Piaget (1932), junto con la teoría constructivista iniciada por Vigotsky (1979) equiparan el aprendizaje con la creación de significados a partir de experiencias. En las últimas décadas han tenido especial relevancia estos supuestos que conquistan la educación actual de la mano de autores como Ausubel, Bruner, e Inhelder, entre otros. Se considera al individuo como un participante activo, capaz de descubrir y comprender el mundo que le rodea a través de representaciones mentales y resolución de errores conceptuales.

En el período infantil esta concepción es sumamente importante, por ser un período en el que se forjan muchas de las conductas posteriores. La adopción e interiorización de reglas a través del juego, contribuye operativamente en la adquisición de normas sociales posteriores que regulan la convivencia de los grupos humanos. El grupo de iguales en el aula y fuera de ella influyen los intercambios ecológicos y sociales en los procesos de aprendizaje.

En este capítulo se hace alusión a las características del desarrollo psicomotor de los niños y de las niñas porque la aparición progresiva de diferentes etapas supone la construcción de esquemas cualitativamente diferentes, reflejados en modelos de pensamiento y acción diferenciados. El concepto vigotskiano de ‘zona de desarrollo próximo’ (ZDP), define la distancia entre el nivel de desarrollo efectivo del niño/a (capaz de hacer por sí solo/a) y el nivel de desarrollo potencial (lo que sería capaz de hacer con la ayuda de un adulto o un compañero más capaz) (Vigotsky, 2003).

En lo que a nuestro estudio empírico se refiere, en la etapa de 8-9 años, las características psicofisiológicas condicionan un mayor riesgo de accidentalidad. El hecho de profundizar en la ZDP en estas edades sirve para delimitar el margen de incidencia de la acción educativa. En este caso, para tratar de averiguar las razones que los niños y niñas atribuyen a la accidentalidad escolar, es necesario conocer la lógica de pensamiento, el criterio moral, la evolución del grafismo y el movimiento corporal de los sujetos en este período.

A continuación incluimos una breve pero esclarecedora referencia a la teoría de Piaget y sus estadios para conocer algunas de las características de la edad de los participantes de esta investigación que ocupará la segunda parte de la Tesis Doctoral. El planteamiento piagetiano incide en que el desarrollo intelectual está directamente relacionado con el desarrollo biológico y establece unas etapas del desarrollo cognitivo que abarcan el período comprendido desde el nacimiento hasta la adolescencia (Figura 16).

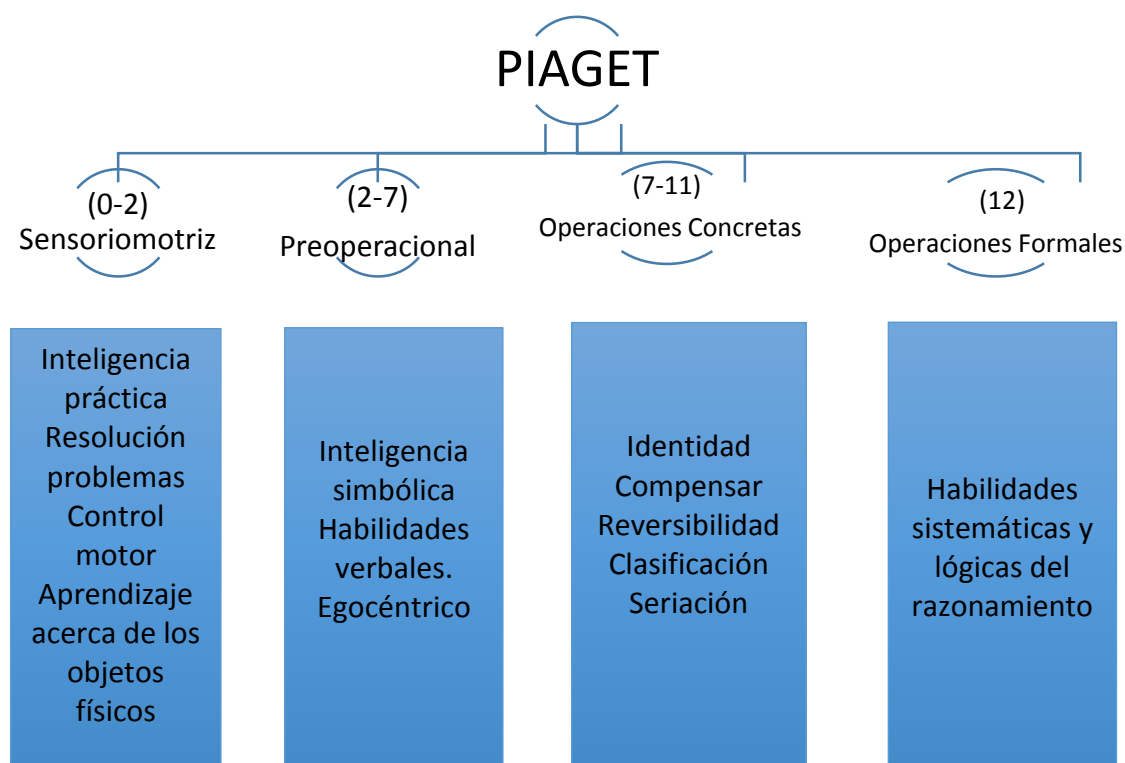


Figura 16. Etapas de desarrollo cognitivo. Piaget (1987)

Las estructuras biológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se interiorizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. La adaptación consta de dos subprocesos: asimilación y acomodación. La mayor parte del tiempo los niños/as asimilan información adecuada a su desarrollo mental y la clasifican de acuerdo a sus conocimientos previos. Otras veces se enfrentan a problemas que no pueden resolver creando o modificando estrategias para enfrentar la nueva situación.

Siguiendo la teoría de Piaget, entre los 7-11 años se desarrolla en el niño la etapa de las operaciones concretas. Se hace más capaz de mostrar el

pensamiento lógico ante los objetos físicos. Se adquiere la reversibilidad que le permite invertir o regresar mentalmente sobre el proceso que acaba de realizar. También es capaz de retener mentalmente dos o más variables cuando estudia los objetos y reconcilia datos aparentemente contradictorios. Estas nuevas capacidades mentales se muestran mediante un rápido incremento en sus habilidades para conservar ciertas propiedades de los objetos, número y cantidad, a través de los cambios de otras propiedades, para realizar una clasificación y ordenamiento de los objetos, lo que le va a facilitar la adopción de conductas más seguras.

Las operaciones matemáticas surgen en este periodo. Cada vez es más capaz de pensar en objetos físicamente ausentes, apoyado en imágenes vivas de experiencias pasadas. Frente a los objetos, los niños/as pueden formar jerarquías y entender la inclusión de clase en los diferentes niveles de una estructura y en este sentido, van a poder interpretar señales que suponen avisos y prevención frente a contextos de riesgo. Para hacer comparaciones, pueden manejar mentalmente y al mismo tiempo: la parte, o subclase, y el todo o clase superior. Los niños de 7 a 8 años muestran una marcada disminución de su egocentrismo, se vuelven más sociocéntricos. Adquieren mayor habilidad para aceptar opiniones ajenas y, por tanto, para desarrollar un acercamiento empático que suponga discriminar situaciones de convivencia que inducen lesiones potenciales.

A esta edad, los niños/as se hacen más conscientes de las necesidades del que escucha, la información que tiene y de sus intereses. Cualquier discusión implica ahora un intercambio de ideas. Es consciente de los puntos de vista ajenos, el niño/a busca justificar sus ideas y coordinar las de otros. Sus explicaciones son cada vez más lógicas. Este es un momento adecuado para conocer sus opiniones e intereses. Ahora es capaz de comprender la perspectiva de los otros. Atribuye significado a sus acciones y es capaz de reflexionar sobre ellas, por lo que es adecuado solicitarle una interpretación del entorno y aportaciones para aumentar la seguridad y el bienestar.

Su criterio moral se encuentra en un segundo estadio caracterizado por una moral de solidaridad entre iguales. Las normas dejan de ser netamente heterónomas para comenzar a alcanzar ciertos grados de autonomía, basadas en el respeto, compañerismo y solidaridad entre iguales. Surgen sentimientos morales, como la honestidad, solidaridad y la justicia. El respeto a las normas deriva del respeto al grupo y la necesidad de un cierto orden para el mantenimiento del juego, sin embargo, la aplicación de las normas, conceptos y sentimientos morales son poco flexibles. Las normas siguen estando ligadas a las cosas y situaciones concretas, probablemente porque la capacidad intelectual de los niños no ha llegado aún al desarrollo del pensamiento abstracto y de la generalización (Pérez, Mestre, Martí & Samper 1996, 142).

Durante el juego los niños participan de situaciones sociales donde aprenden a cooperar y a resolver problemas sociales, que han sido representados ampliamente por los niños y niñas que han conformado nuestra muestra (Garaigordobil, 2002). Esta conducta prosocial implica el desarrollo de actitudes de salud y bienestar y la adopción de conductas seguras y de convivencia positiva. Investigaciones recientes evidencian la importancia de las intervenciones dirigidas a fomentar la empatía como un instrumento de desarrollo de la personalidad infantil, estimulando su progresivo descentramiento egocéntrico a través de la presentación de las perspectivas de los sentimientos ajenos, utilización del razonamiento, explicación de las consecuencias de su conducta y la exposición a modelos empáticos (Garaigordobil & García de Galdeano, 2006).

A este respecto la gran capacidad humana de representar sus experiencias y percepciones a través del grafismo, se erige en una plataforma idónea que hemos incluido como herramienta de recogida de datos y que abordaremos a continuación.

EL GRAFISMO: UNA ESTACIÓN EN EL CAMINO. La producción gráfica de un sujeto se concibe como una creación personal propia o forma de recreación específica del mundo interno, ya sea a través de sus dibujos, escritura o garabatos. Los factores conscientes e inconscientes que se reflejan en las producciones de una persona, nos permiten conocer cómo es el conocimiento respecto a un tema.

Asimismo se pueden revelar actitudes, comportamientos, reacciones e interpretaciones del mundo que nos rodea.

En el ser humano existe una tendencia a ver el mundo de manera antropomórfica (a través de su propia imagen) y ello facilita los aspectos proyectivos implicados en los dibujos. Según Pont (2014, 31), la esencia de la visión antropomórfica del medio surge del mecanismo de proyección, por el cual uno atribuye los propios sentimientos, cualidades, actitudes y esfuerzos a objetos del entorno: personas, cosas u organismos. El dibujo escolar ha sido empleado en el psicodiagnóstico escolar, cuyo objetivo fundamental es la evaluación de la conducta del niño. A través del mismo se pueden investigar factores y conductas de riesgo, además de intuir elementos que promueven conductas resilientes y de salud positiva (Flanagan & Motta, 2007; Wechsle, Prado, Oliveira & Mazzarino, 2011; Callejo, 2014).

Las diferencias cuantitativas y cualitativas en los dibujos se vinculan a la edad cronológica, la madurez intelectual y la personalidad. Los sentidos influyen sobre la motricidad y ésta, a su vez, sobre los sentidos. La realización del dibujo interrelaciona actividades perceptivas, sensoriales, cognitivas, emocionales, motrices y simbólicas, relacionando el pensamiento más primario e inestructurado, con el pensamiento más secundario (emociones y funciones superiores de la mente: atención, concentración, reflexión, capacidad de juicio y razonamiento, etc.).

El orden evolutivo del dibujo guarda un paralelismo con el desarrollo progresivo óculo–manual. El grafismo infantil, como el lenguaje oral, puede ser cognitivo, afectivo o de ambas clases (Sully, 1895, en Kaname, 2012). Autores como Luquet (1981) enumeran las distintas etapas del grafismo y su relación con el cuerpo, desde la fase del garabato en los dos primeros años, hasta alcanzar su máxima expresión a los doce años, edad en que se desarrolla el pensamiento abstracto. De los **7 a los 8 años**, el niño va creciendo en su edad mental y esto queda plasmado en el dibujo. Las producciones gráficas reflejan algunos aspectos de la personalidad, recogidos en la Tabla 7 que se manifiestan como:

Tabla 7. Rasgos de la personalidad expresados en el testimonio gráfico.

Organización de la percepción y la motilidad
Barrera protectora contra los estímulos internos y excesivos: autorregulación
Examina la realidad y emite señales de peligro (ansiedad)
Funciones autónomas como las habilidades e inteligencia
Capacidad de asociación: similitud entre los rasgos gráficos con el objeto real
Capacidad de juicio: proporcionalidad que representa el dibujo
Abstracción: reducción y simplificación de las partes del objeto en los rasgos del gráfico
Coordinación óculo-manual
Adaptabilidad: del esquema gráfico al concepto de objeto representativo
Análisis: existencia de los distintos componentes del objeto
Síntesis: selección de los elementos más característicos o representativos
Análisis de las relaciones espaciales :posición que ocupa el dibujo en relación al todo

Fuente: Adaptado de Pont (2014,56).

Entre los 7 y los 8 años aparecen las siluetas y los contornos, comenzando un estadio de mayor realismo, en el que se inicia el movimiento de las figuras. Entre los seres que les rodean que más intereses suscitan en él, animales, juguetes, pelotas, etc., destaca especialmente la figura humana. Se despierta el sentido estético, el gusto por la ornamentación. A través del dibujo expresa su vocación narrativa (realismo subjetivo), sus emociones, sus miedos, constituyendo este instrumento un excelente puente para la integración personal. En concreto, en nuestro estudio tiene una importancia relevante la representación del cuerpo (las lesiones, la vulnerabilidad) y de las relaciones lúdicas en las que se implica (juegos de patio...), por lo que nos detendremos siquiera someramente a describir algunas cuestiones.

DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL Y EL JUEGO MOTOR El cuerpo y el movimiento de los niños y niñas son las principales vías para interactuar con el medio que les rodea y adquirir así los primeros conocimientos del mundo en el que están viviendo. El progresivo descubrimiento del propio cuerpo, como fuente de

sensaciones y la adquisición de las habilidades motrices junto con las relaciones afectivas establecidas mediante el juego, es fundamental para el crecimiento emocional. El esquema corporal se define como la representación que tenemos de nuestro cuerpo, de sus segmentos corporales, de su estructuración, de las posibilidades de movimiento y de las diversas limitaciones.

La elaboración del esquema corporal del niño/a guarda un paralelismo con la adquisición de los hitos cognitivos y gráficos expuestos a continuación. *La Educación por el movimiento en la edad escolar*, escrito por Le Boulch en el año 1986 lo clasifica en cuatro etapas:

1. Etapa maternal (0-2 años): el niño pasa de los primeros reflejos a la marcha y a las primeras coordinaciones.
2. Etapa global (2-5 años): el conocimiento y la utilización del cuerpo es cada vez más precisa.
3. Etapa de transición (5-7 años): se es capaz de diferenciar y analizar su propio cuerpo.
4. Etapa de elaboración definitiva del esquema corporal (7-12 años): es una etapa de relajación global. Se completa el conocimiento de sí mismo y se aplica al conocimiento de los demás.

La posibilidad de movimiento en esta última etapa alcanza su máxima expresión. Supone una oportunidad inmejorable para favorecer el juego motor. Para Huizinga (1972, 2014) el juego es una acción o actividad voluntaria, realizada dentro de unos límites fijos de espacio y tiempo, según una regla libremente consentida pero absolutamente imperiosa, provista de un fin en sí misma, acompañada de una sensación de tensión y de júbilo y de la conciencia de ser de otro modo que en la vida real. Pero, a su vez, la situación de juego e interacción también es el contexto en el que se producen la mayoría de las lesiones individuales entre iguales.

Entre las características más significativas del juego se encuentran: es placentero, natural y motivador, voluntario, creador, expresivo, socializador, etc. Se concibe el juego como un factor de desarrollo global (cognitivo, afectivo, social y motriz) y de autorrealización. Es un medio para la adquisición de

habilidades para la vida, además de ser un aprendizaje en sí mismo. En el ámbito de la Educación para la salud puede utilizarse para detectar situaciones de riesgo, vivenciar y ejemplificar conductas seguras y saludables.

3.2.2. Comprometidos con la educación para la salud integral: herramientas para el uso docente

La educación para la salud es un trabajo en equipo en el que el profesorado muestra una especial sensibilidad. Estos profesionales se reciclan, se adaptan a los nuevos tiempos, actualizan su formación, para poder desempeñar adecuadamente su labor. En su ejercicio diario reflexionan acerca de su propia práctica, leen, se mantienen informados, investigan, forman grupos de trabajo, etc. En este sentido, la comunicación bidireccional entre las investigadoras y el profesorado de los centros educativos de nuestra comunidad, ha sido una de las señas de identidad desde la constitución del grupo *Educación y Salud* de la UPNA.

Se han realizado investigaciones aplicadas en el contexto educativo, con una orientación salutogénica, en colaboración con los propios actores implicados. En los últimos años se han elaborado recursos didácticos integrados en el currículo ordinario para la prevención de accidentes escolares. En concreto a través de la herramienta multimedia *Segurikaschool* se recurre a las nuevas tecnologías, como instrumento que facilita a los/las escolares la identificación de espacios, elementos y conductas de riesgo implicados en la accidentalidad escolar (Sáenz, Gabari, Idoate & García, 2014).

La promoción de la salud desde la perspectiva del profesorado se recoge en otra investigación inconclusa en la que han participado 105 docentes. Se recogen sus opiniones a través de un cuestionario opinático de respuesta tipo Likert. Los primeros resultados revelan que la mayoría concede gran importancia a su labor docente para la adquisición de valores de salud y bienestar del alumnado, seguido por el convencimiento de que las actuaciones tienen que implementarse en el entorno más cercano (Sáenz, Gabari, & García, 2014).

El reto de aportar un medio facilitador nos ha llevado a diseñar una herramienta virtual, para potenciar que el alumnado desarrolle competencias digitales y pueda trabajar de forma autónoma. En este sentido, la wiki *Salutogénesis en Educación Primaria* es un sitio web en cuya construcción pueden participar, de manera asíncrona, múltiples usuarios de la comunidad educativa (alumnado, familias, docentes, profesionales de servicios del entorno). Se trata de una página wiki con actividades relacionadas con las Áreas troncales (Matemáticas, Lengua, Ciencias Naturales...) en castellano e inglés para cada ciclo (bloque organizativo, según la LOMCE) de Educación Primaria. Integra el currículo de primaria y secuencia las actividades en niveles de complejidad correspondientes a esta etapa. (Sobejano, 2014; Gabari, Sobejano, Sáenz, 2015).

Se ha incrementado la participación del profesorado en actividades de formación continuada. Las distintas consejerías y órganos a nivel estatal han elaborado diversos materiales y documentos de formación continuada, junto con guías para su desarrollo en el aula. Se ha creado una web especializada en PES desde el ámbito educativo. El Centro de Innovación y Documentación Educativa (CIDE) mantiene un amplio espacio en permanente actualización, especializado en recursos educativos editados por los ministerios responsables de Educación y Sanidad.

Estos materiales junto con los catálogos y recursos diseñados por las comunidades autónomas, conforman un amplio abanico de herramientas de apoyo educativo para todos los implicados en la PES. La evaluación de actuaciones y programas, la coordinación con recursos comunitarios, las técnicas de participación y la renovación de métodos pedagógicos interactivos constituye la demanda de prioridades formativas de este colectivo.

Entre las dificultades relatadas por el profesorado, expuestas en el capítulo anterior, se observa la falta de motivación y de incentivación del profesorado, además de la sobrecarga de actividades. Pese a ello es viable el desarrollo de un marco mínimo de actuaciones basadas en algunos casos en la buena voluntad y predisposición del profesorado. Las plataformas virtuales de comunicación y la pertenencia a redes de escuelas a nivel europeo facilitan la integración en proyectos interregionales y supranacionales.

Sucintamente hemos recogido el trabajo de un grupo de expertos e investigadores de todo el ámbito nacional. Esta contribución en sí misma, es un exponente facilitador de posteriores instrumentos de trabajo elaborados siguiendo el principio de la investigación acción participativa (IAP). *El desarrollo de competencias en la Escuela ante los problemas de salud* (COMSAL, 2013) es el ejemplo más cercano de investigación aplicada en el marco de la LOE. Está centrada en la concreción de un instrumento de análisis de competencias en salud. Supone una continuidad a la trayectoria del grupo de investigación de referencia en España en materia de promoción de la salud en el ámbito escolar.

La inquietud por explorar el potencial de la teoría de la salutogénica y promover el enfoque centrado en la salud y no en la enfermedad, es propulsada por la Escuela Andaluza de Salud Pública y Cátedra de *Promoció de la Salut* de la Universitat de Girona. Diversos blogs como el de Salud Comunitaria, actualizan los conocimientos en esta materia y permiten el intercambio bidireccional de opiniones y propuestas de actuación.

3.2.3. Enfermería escolar: nuevos escenarios de cuidados

3.2.3.1. Génesis de la Enfermería escolar en el mundo anglosajón

Una de las líneas estratégicas propuestas por la OMS (2011) es el incremento del nivel de salud y la calidad de vida de la población en general y de la infancia en particular. Esta organización otorga a los profesionales de Enfermería un mayor protagonismo en las actuaciones de promoción de la salud, que acerquen a las enfermeras a los contextos más cercanos de la comunidad. La enfermera escolar no es ninguna figura novedosa. Tiene más de cien años de historia en los países occidentales. A finales del siglo XIX surgió en Europa, pero no fue hasta que a principios del siglo XX, donde se extendió por EE.UU y en Europa se fue consolidando en países como Suecia, Escocia, Francia o Reino Unido. Con el nombre de *Nursing Scholarships*, *Nursing Home Visitors* o *Nursing Health Visitors* estas profesionales lideran en distintos países de Europa los programas de salud escolar (Nasser, 2011).

En el año 2010 la OMS realizó un estudio en 37 países de la Región Europea para conocer las características de los servicios de salud vinculados al ámbito

escolar. A través de una encuesta se recogió información respecto al tipo de financiación, autoridades en materia de salud y educación responsables, organización de la asistencia, dificultades encontradas, contenidos, promoción de la salud, profesionales implicados, etc. (WHO,2010).

Los hallazgos más relevantes respecto a las *prioridades de salud y necesidades de los escolares* tienen que ver con los estilos de vida, salud mental y problemas de comportamiento, junto a la prevalencia de enfermedades crónicas, dificultades en el desarrollo psicomotor (alumnado con necesidades educativas especiales), diversidad del alumnado y aspectos psicosociales que influyen en la salud. Las patologías orgánicas o dificultades observadas, cuya *detección precoz* es posible en este contexto, agrupan, entre otras, las siguientes: retraso en el crecimiento, sobrepeso, alteraciones oculares y auditivas, alteración de la presión arterial, patologías dentales, escoliosis, etc.

Las actividades de promoción de salud que se llevan a cabo en diversas regiones europeas no distan sustancialmente de las establecidas en nuestro país. Comprenden la alimentación saludable, prevención de drogodependencias, ejercicio físico, estilos de vida, detección de riesgos etc. Se detectan carencias similares a las de nuestro medio, en cuanto a las encaminadas a la promoción del bienestar emocional, el afrontamiento de problemas, la autoaceptación del propio cuerpo, o la potenciación de la resiliencia.

Respecto a la distribución de profesionales en el 76% de los centros encuestados existe la figura de la enfermera escolar, seguida en un 65% por la del médico/a escolar y en un porcentaje menor por la del psicólogo/a. En torno al 20 % de los centros cuentan con un trabajador/a social (24%), un odontólogo/a (22%) u otro profesional no especificado (22%). Porcentajes inferiores hacen referencia al profesional de fisioterapia (8%) o de un asistente de salud (8%).

Existe concordancia entre las opiniones de los participantes de este estudio, en su afirmación respecto a la insuficiente dotación de recursos, debido a las actuales circunstancias socioeconómicas que están sufriendo los distintos países. Llama la atención que sólo en Azerbaijan y en los Países Bajos se considera adecuada la asignación de recursos, frente a la severidad de los

recortes económicos percibidos por los representantes de centros escolares de Austria, Bosnia, Luxemburgo, Malta, Portugal, Reino Unido o Suiza, entre otros.

En un término medio se sitúan miembros de países como Bélgica, Croacia, Estonia, Dinamarca, Irlanda o Lituania. No existe consenso a la hora de calcular el ratio de enfermeras por número de alumnos. La situación actual de los países, y las cifras ideales se establecen en función del número de alumnos cercana a un centro de salud y nivel de complejidad de la atención y cuidado prestado (ver Anexo 2).

3.2.3.2. Enfermeras escolares en España

En nuestro país esta figura es poco conocida, aunque tiene más de tres décadas de trayectoria. Tan sólo la Comunidad de Madrid ha desarrollado el perfil de la enfermera escolar. Tras reivindicaciones históricas se han producido algunos esbozos en la Comunidad Valenciana, Cantabria, Cataluña y actualmente en Navarra, para definir e implementar un modelo en enfermería escolar integrado en la red sociosanitaria y educativa pública. Paradójicamente, numerosos centros escolares cuentan entre sus profesionales con enfermeras para satisfacer así las demandas de cuidados. Esta cobertura se realiza, en la mayoría de los casos, a través de conciertos con empresas privadas o se cubre como buenamente se puede.

Actualmente las necesidades en materia de salud son diversas. En capítulos anteriores se ha desarrollado el concepto contemporáneo de salud integral y los múltiples factores que en ella convergen. Esa pandimensionalidad incluye también la afectación orgánica. En torno al 15% de los escolares tiene algún problema crónico como son: asma, diabetes, espina bífida, epilepsia, alergias, trastornos alimenticios, drogodependencias, etc. Entre los trastornos psíquicos encontramos hiperactividad con déficit de atención, alteraciones conductuales, problemas de autoestima, ansiedad, etc. Es evidente que ante esta realidad, los padres y los profesores no pueden dar respuestas a estas necesidades sin la ayuda de profesionales de la salud.

La Sociedad Española de Enfermería Escolar define a la enfermera escolar como “un profesional que presta atención y cuidados de salud a la comunidad escolar integrada en la misma, y como consecuencia presente en el centro educativo durante todo el horario escolar, y no como un agente externo que acude de forma puntual” (Ortiz, Avila, Fernández, García-Caro, Medina & Juárez, 2009). Los autores afirman que la necesidad de educar para la salud activamente existe, pero las administraciones no le otorgan la suficiente importancia, como ocurrió en su día con la educación física.

En lo que a Navarra se refiere, existe un interés general por parte de las asociaciones de padres y madres (APYMAS), profesorado, familias, alumnado, dirección de centros y profesionales sanitarios de los centros de salud comunitaria, entre otros, en incorporar la figura de la enfermera escolar. El motivo de esta petición es el considerable número de niños/as con patologías crónicas (alergias, diabetes mellitus, asma, bronquitis crónica, epilepsia, síndromes inespecíficos, TDAH, retraso psicomotor, deficiencias motóricas, patología psiquiátrica etc.) que están escolarizados. Son frecuentes los episodios de reagudización, descompensación o empeoramiento que precisan atención inmediata y que habitualmente el personal del centro no puede prestar adecuadamente, ya que estas intervenciones deberían ser proporcionadas por un profesional capacitado en el ámbito de la salud. Estas situaciones plantean un dilema respecto a si es responsabilidad del profesorado o no, administrar la medicación habitual.

La atención inmediata en situaciones como caídas, contusiones, traumatismos, heridas, etc., requiere en ocasiones el traslado al centro de salud o a urgencias, normalmente acompañados por el profesorado u otro miembro del centro. En ocasiones esto supone la pérdida de una jornada lectiva que no puede ser asumida por otro docente. La resolución en el propio centro por un profesional de enfermería, podría evitar costes innecesarios, tanto económicos, como de interrupción de las sesiones didácticas programadas.

En Navarra, aunque en algunos centros concertados existe la figura (Ikastola San Fermín, Maristas, San Cernin, Liceo Monjardín), en los centros públicos solamente existen dos enfermeras escolares ‘reconocidas’, en dos colegios de

Educación Especial: Andrés Muñoz en Pamplona y Torre Monreal en Tudela. Además de realizar las funciones asistenciales propias, trabajan interdisciplinariamente en colaboración con las familias, para promover una calidad de vida lo más normalizada posible. Son muchas las asociaciones de padres que reclaman enfermeras. Los propios docentes manifiestan desconocimiento en materia de salud y refieren sentirse más cómodos cuando en el equipo de la escuela hay un profesional sanitario (Candela, Malpica & Mora, 2006; González, Maldonado, Galdeano, Soriano & Aguilar, 2013).

En sintonía con el desarrollo de las estrategias del Plan de Salud de Navarra 2014-2020, orientadas a la mejora de los resultados de la salud de la población, el Departamento de Salud se ha firmado un convenio marco de colaboración con el Colegio de Enfermería de Navarra, en marzo de 2015. El Departamento se compromete a elaborar un proyecto de modelo de enfermera en la escuela. Para ello el proyecto prevé estudiar los recursos humanos que puedan requerirse para que este profesional desarrolle sus funciones como personal vinculado al equipo del centro educativo.

El grupo de trabajo está integrado por: a) representantes del Colegio de Enfermería, b) plataforma recientemente constituida de enfermeras escolares de Navarra (ENSENA) c) sindicatos, d) profesoras responsables de la de la asignatura Enfermería escolar y familiar de la UPNA e) enfermeras escolares de centros concertados f) dos enfermeras oficialmente reconocidas en el Departamento de Educación g) otras profesionales de atención especializada (Pediatría) o atención comunitaria. Nuestra postura al respecto es defender el sentido de esta figura en la mejora de seguridad en los entornos escolares, así como de la atención a los sucesos inevitables.

Otro agente promotor de salud está constituido por los equipos de atención primaria. Baltag y Levy en 2013 identifican cinco modelos de organización de los servicios de salud escolar en los estados miembros de la región europea, dependiendo de la adscripción y vinculación de los profesionales de la salud.

1. Adscripción y vinculación completa en la escuela
2. Adscripción y vinculación al equipo de atención a la comunidad
3. Adscripción y vinculación al equipo de atención primaria
4. Adscripción y vinculación mixta: escuela
5. Adscripción y vinculación mixta: atención primaria

La correlación existente entre la efectividad, eficiencia, equidad y responsabilidad en cuanto al modelo organizacional y su potencial de impacto en las variables anteriores concede una mayor puntuación al modelo en el que la adscripción y vinculación del profesional con el centro es completa. En la mayor parte de los casos esta profesional es una enfermera.

La hipótesis que se plantea es que a mayor número de enfermeras en la escuela, mayor es el bienestar de la comunidad. Bien es cierto que es necesario que hay que seguir profundizando en esta temática para evaluar las intervenciones realizadas en el ámbito escolar, pero se considera que la provisión de servicios de salud en el ámbito escolar es una gran oportunidad para minimizar las inequidades en salud, y mejorar la efectividad de las actuaciones en este medio.

3.3. Habilidades para la vida y desarrollo de competencias en la educación del siglo XXI.

En los últimos veinte años, la comprensión de la realidad y las relaciones entre las personas y las distintas disciplinas han experimentado un cambio sustancial. Inmerso en este entramado resurge el término competencia que se sitúa en el centro del debate en torno a la educación actual. Si bien es cierto que no es una creación nueva, su acepción actual no está exenta de renovación en lo que a su transferibilidad se refiere.

Ese matiz de aplicación práctica se corresponde con los grados del saber a los cuales ya hacía referencia Aristóteles en su libro primero de la Metafísica. Se puede corresponder el saber conceptual o proposicional con la *episteme*, el saber procedimental a la *tékhne* y el saber que surge de la ejercitación a la

empeiría. La enseñanza y el aprendizaje de las *technai* exigen un proceso de interiorización. Por ello además de lo que el alumno recibe porque oye y porque ve, se precisa un ejercicio (*epitedeuma*) de cada una de ellas. (Hernández, 2004).

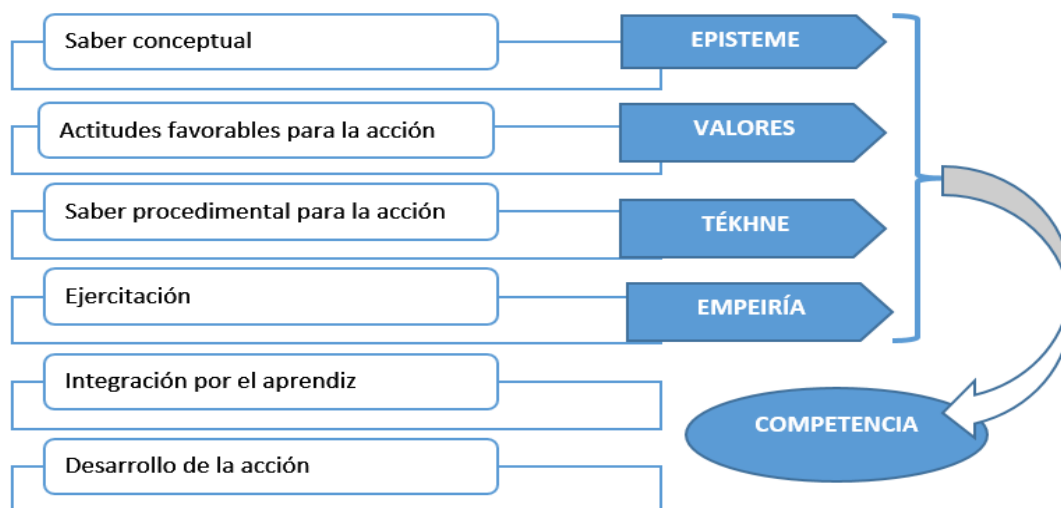


Figura 17. Aprendizaje de competencias. Adaptado de Hernández (2004)

En los años 60 del siglo pasado este concepto encontró en el ámbito laboral un espacio adecuado en el que las empresas buscan personas competentes y cualificada (Le Boterf, 2001). Además en el contexto educativo éstas han alcanzado un notable protagonismo. La definición propuesta por la UNESCO en 1999 define una competencia como el conjunto de destrezas socioafectivas, psicológicas (cognitivas/sensoriales) y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente una acción. Al respecto, Pérez (2007) señala tres características esenciales de las competencias.

- Constituyen un “saber hacer” complejo y adaptativo, que precisa de una práctica reflexiva y no una mera repetición mecánica.
- Pueden adecuarse a una gran variedad de contextos y situaciones

- Poseen un carácter integrador recogiendo conocimientos, procedimientos, emociones, valores, y actitudes que varían a lo largo de la vida.

En síntesis, se puede decir que toda competencia incluye un “saber”, un “saber hacer” y un “querer hacer” en contextos y situaciones diversas dependiendo de los objetivos que se planteen. Incluye la movilización de componentes conceptuales (saber), procedimentales (hacer) y actitudinales (ser/estar). Combinan la reflexión para la acción y son fruto de un proceso que tiene en cuenta las expectativas de las personas que construyen sus aprendizajes. De esta manera la adquisición de estas competencias permite responder a las necesidades que surgen en un mundo cambiante en el que las nuevas tecnologías, medios de comunicación y relaciones sociales precisan de un nuevo modelo educativo en el que el aprendizaje a lo largo de la vida sea una constante.

Estas reflexiones impregnan varios proyectos que han llevado a reformular el currículo escolar en torno al concepto de competencia en el marco de la Unión Europea y a nivel mundial. La evolución del desarrollo normativo de las competencias en educación se recoge en la figura 18. A nivel internacional se incluyen las propuestas por la UNESCO, el proyecto *Definition and Selection of Key Competencies* (DeSeCo) auspiciado por la OCDE y las propuestas por el Marco Europeo de Educación permanente.

En nuestro país, en concreto, este concepto se recoge por primera vez dentro de la definición del *curriculum* a partir de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) y se mantienen en la actual Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de la Enseñanza (LOMCE, 2013).

Siguiendo a Roegiers (2004), entre las características esenciales comunes a las competencias se incluyen: la movilización de un conjunto de recursos, la presencia de una finalidad, la relación a una familia de situaciones, el carácter disciplinar e interdisciplinar y la evaluabilidad. Estos rasgos son extensibles a las acciones promotoras de salud que los niños y niñas han de desarrollar y cuya percepción valoraremos en el estudio empírico, además de ser la reivindicación que mantenemos para la EpS más allá de la mera transversalidad que detenta.

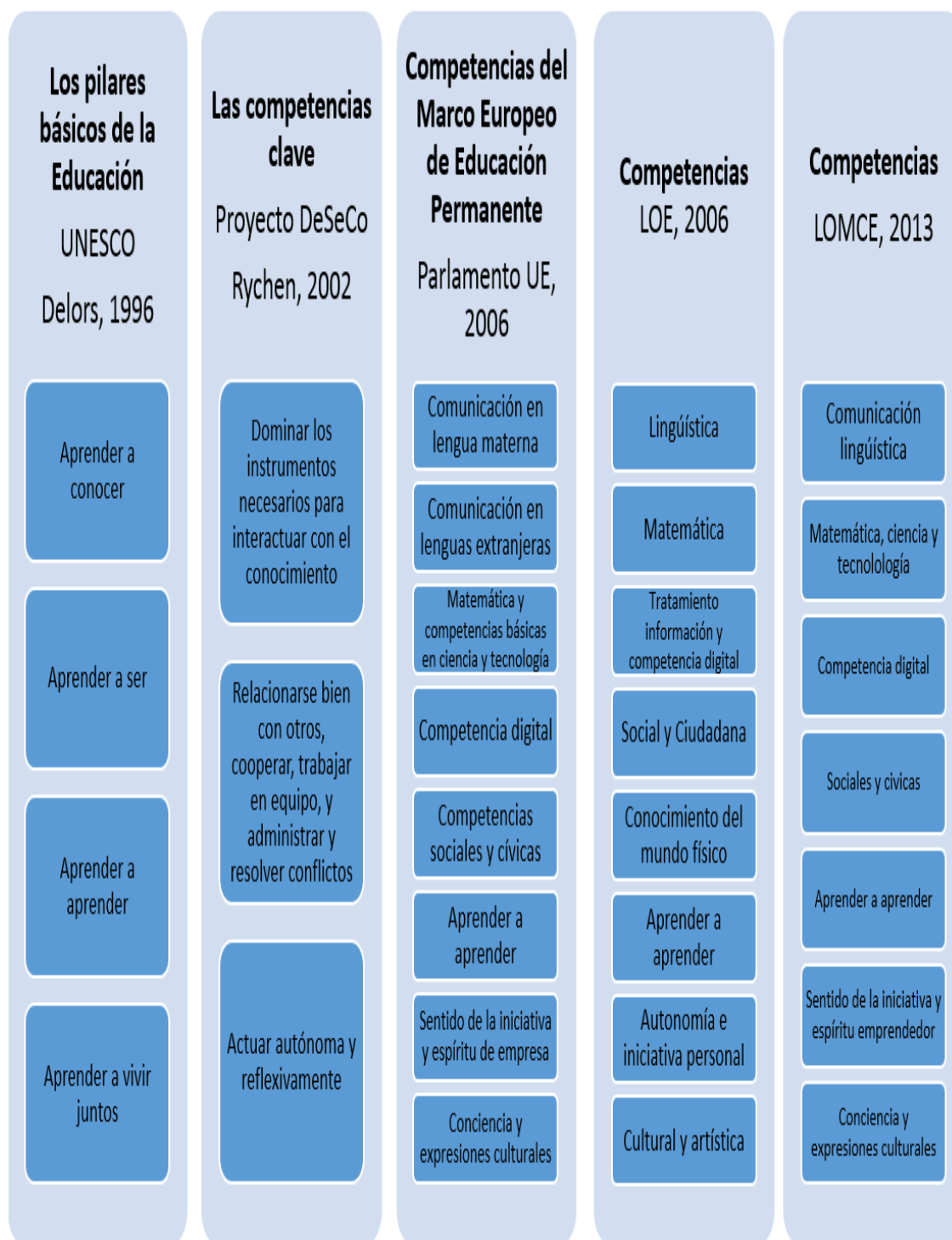


Figura 18. Desarrollo normativo de las competencias en el marco de la UE. Elaboración propia

3.3.1. Educación para la Salud en Primaria. Análisis de elementos curriculares en las leyes educativas en España.

Las administraciones educativas y sanitarias, conscientes de la importancia de la educación para la salud en el entorno escolar, han llevado a cabo diferentes reformas en los últimos años (Ley General de Sanidad 1986, LOGSE 1990, LOCE 2002, LOE 2006, LOMCE 2013) para incluir en el *currículum* formal estos contenidos. La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud dentro del Sistema Nacional de Salud, reivindica una estrecha colaboración del equipo de Atención Primaria con los sectores de población en el que los Centros de salud están inmersos. Ahora bien, la factibilidad para llevar a cabo estos planteamientos tropieza con la escasez de profesionales de salud en los centros educativos, o con la sobrecarga de trabajo de los adscritos a los centros escolares de las Zonas Básicas de Salud.

La consideración que la EpS ha tenido en los últimos 30 años ha experimentado notables cambios. La transformación del concepto de salud y su promoción no ha sido ajena a esta realidad. La eliminación de riesgos, la prohibición de determinadas conductas y los contenidos preventivos/normativos constituyen la primera etapa. Durante este proceso se ha desmarcado de una óptica patogénica y se ha dado un giro hacia una perspectiva salutogénica en dirección hacia la salud, el bienestar y la promoción de la autonomía.

Las reflexiones que se plantean en párrafos anteriores pueden extenderse a este cuestionamiento: cuál es la responsabilidad del profesorado, si se precisa contar con otros profesionales, cómo se evalúan, etc. Para una mejor comprensión de la enorme complejidad en lo que a la EpS se refiere, se presenta un breve recorrido histórico en cuanto a su consideración y tratamiento que se recoge en las sucesivas leyes de educación de nuestro país (Figura 19).

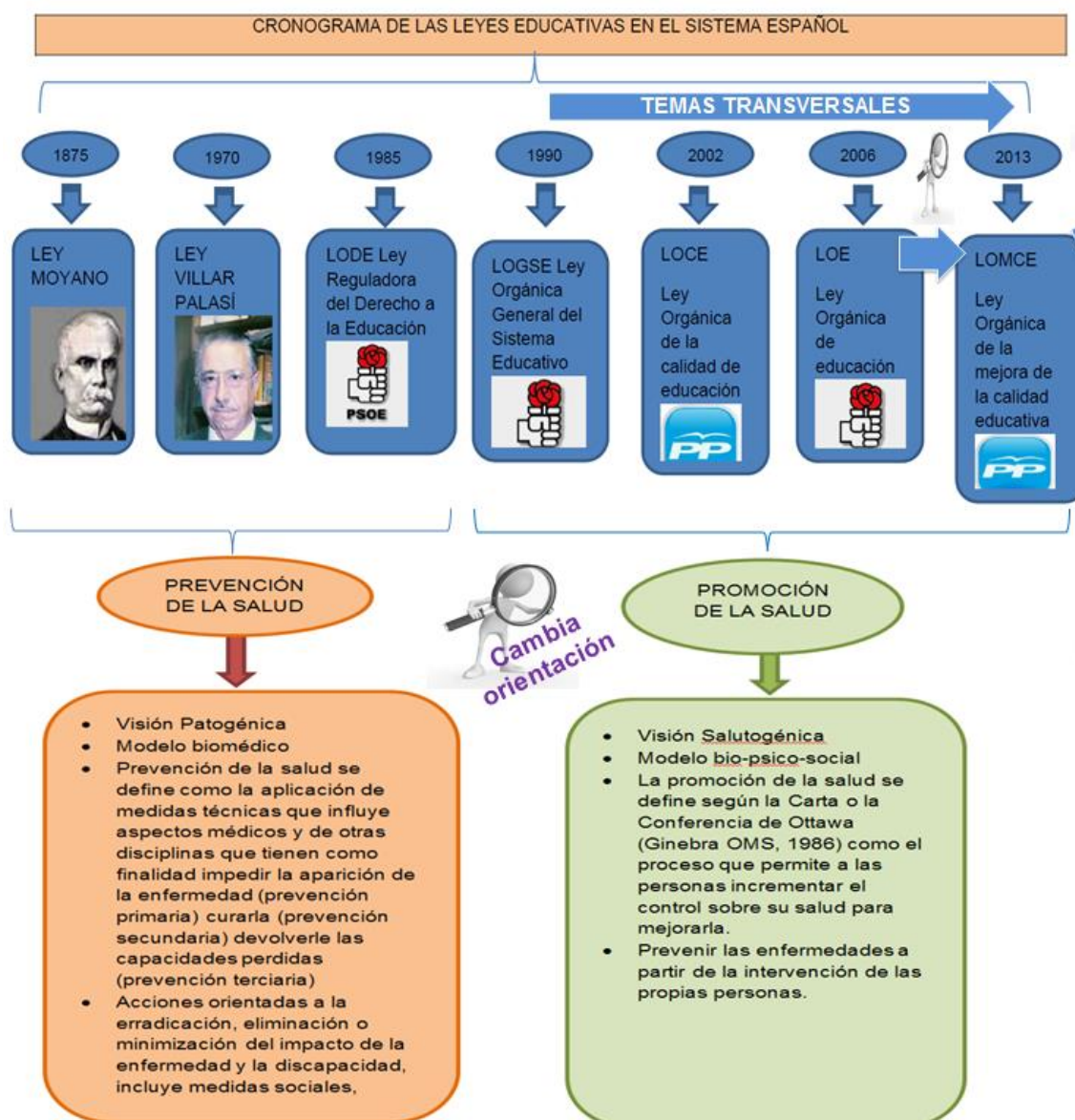


Figura19. Elementos curriculares en las leyes educativas en España.Fuente: Gabari, Sobejano & Sáenz, 2015

En el año 1990, la LOGSE establece por primera vez de forma explícita, que la Promoción de la Educación para la Salud (PES) es un tema transversal con presencia en todas las áreas curriculares. El concepto de transversal tenía un significado que se refería fundamentalmente al aspecto metodológico, hasta el punto que la esencia de los temas transversales *no se encontraba ya en la forma en la que se organizan curricularmente, sino en cómo se concebían conceptualmente, en qué contenidos se daban, en las actitudes del profesorado y en las estrategias que se utilizaban con estos temas, pues ello condicionaba*

no sólo su tratamiento en las aulas sino el del resto de las materias (Gavidia, Aguilar & Carratalá, 2011).

Desde su aparición desde 1990 como contenido transversal ha calado profundamente en el ámbito educativo, siendo los docentes, los profesionales de la salud y el resto de los miembros de la comunidad escolar, los verdaderos artífices de su consideración como contenido curricular integrado en las actuales competencias. Existe un compromiso serio por parte del profesorado para la inclusión de estas competencias de salud en la programación de aula. Bien es cierto, que es necesario definir cuales son las subcompetencias que le dan forma e incluir algunas como las competencias emocionales, cuya ausencia formal en los programas precisa de un replanteamiento de las mismas, en nuestra opinión (Gabari, Sobejano & Sáenz, 2015).

Posteriormente el término transversal desaparece en la nueva Ley Orgánica de Educación (LOE 2006) y no se incluye entre los componentes del currículo, que sin embargo sí incluye las competencias. Podría parecer que han desaparecido estas temáticas transversales, sin embargo la idea se mantiene y se desarrolla a lo largo de los contenidos de las distintas áreas de conocimiento para poder evaluar adecuadamente la adquisición de las habilidades, conocimientos y actitudes propuestas.

La LOE establece en todos los niveles de enseñanza obligatoria, entre otros, aquellos objetivos tendentes a afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales y a valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente. En la etapa primaria de la LOE se incluye la PES en las áreas de: *Conocimiento del Medio, Ciencias de la Naturaleza, Educación Física y Educación para la Ciudadanía*. En el año 2013 la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de en la Enseñanza (LOMCE) no otorga ningún cambio sustancial al desarrollo de esta materia.

En la propuesta de la nueva ley, las competencias están basadas en el Marco Europeo de la Educación permanente, encaminadas a propiciar una ciudadanía activa para resolver los problemas de inclusión social y generar empleo. Se sigue

considerando la PES como elemento transversal cuyo contenido puede incluirse en las áreas de: *Conocimiento del Medio Natural y Educación Física*. Desaparece la *Educación para la Ciudadanía* que se incluye junto con las Competencias Sociales y Ciudadanas y la Competencia en el Conocimiento y la interacción con el mundo físico, en lo que se denomina *Competencia social y cívica*.

Se mantienen los objetivos generales de etapa y se modifican los elementos transversales. Los criterios de evaluación se conservan, surgiendo los estándares de aprendizaje evaluables, como indicadores objetivos que posibiliten la evaluación (Tabla 8).

Desde estas señas de identidad el modelo de aprendizaje por competencias cobra sentido al considerar que este proceso de enseñanza aprendizaje no se reduce únicamente al currículo, pues hay otros ámbitos en los centros escolares en los que la práctica de la convivencia, las actividades complementarias y las actuaciones en el entorno ofrecen al alumnado escenarios reales de aprendizaje. Sin embargo surgen dudas y se plantean problemas como: ¿Cuáles son los “contenidos” implicados en el desarrollo de cada una de las competencias básicas? ¿Cuál es el profesorado responsable de la competencia digital o de la autonomía e iniciativa personal? ¿Cómo se enseñan las competencias básicas? Y ¿Cómo se evalúan?

Tabla 8. Cambios en la LOMCE 2013

Educación para la salud. Cambios en la LOMCE (2013)				
Objetivos Generales de Etapa Educación Primaria Se mantienen	k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social. n) Fomentar la educación vital, y actividades de respeto que indican en la prevención de los accidentes de tráfico.			
CONTENIDOS ÁREAS LOMCE 2013 (BON 174/2014)				
Elementos Transversales	Ciencias de la Naturaleza	Ciencias Sociales	Educación Física	Valores Sociales y Cívicos
5) Las Administraciones educativas adoptarán medidas para que la actividad física y la dieta equilibrada formen parte del comportamiento infantil. 6) En el ámbito de la educación y la seguridad vial, las administraciones educativas incorporarán elementos curriculares y promoverán acciones para la mejora de la convivencia la prevención de los accidentes de tráfico. Se modifican	Bloque 1: “Iniciación de la actividad científica” -Hábitos de prevención de enfermedades y accidentes en el aula y en el centro. -Utilización de diversos materiales, teniendo en cuenta las normas de seguridad. Bloque 2: “El ser Humano y la salud” -Salud y enfermedad. Principales enfermedades que afectan a los aparatos y sistemas de organismo humano. -Hábitos saludables para prevenir enfermedades. La conducta responsable. Efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas. Bloque 3: “Los seres vivos” -Respeto a las normas de uso, de seguridad y de mantenimiento de los instrumentos de observación y de los materiales de trabajo. -Normas de prevención de riesgos.	Bloque 1: “Contenidos Comunes” -Uso y utilización correcta de diversos materiales con los que se trabaja. Bloque 2: “Vivir en Sociedad” -Educación vial. Adquisición de conocimientos que atribuyan a consolidar conductas y hábitos viales correctos.	Bloque 4: “Actividad física y salud” -El cuidado del cuerpo. Adquisición de hábitos corporales y alimentarios saludables y autonomía en la higiene corporal. -Mejora de las capacidades físicas orientadas a la salud. -Prevención de lesiones en la actividad física. -Reconocimiento de los efectos beneficiosos de la actividad física en la salud y el bienestar e identificación de las prácticas poco saludables. -Medidas de seguridad en la práctica de la actividad física. Uso correcto de materiales y espacios -Utilización de las TIC en la búsqueda de información relativa a la salud. -Los primeros auxilios en la práctica deportiva.	Bloque 1: “La identidad y la dignidad de la persona” -Autocontrol. La regulación de los sentimientos. La resiliencia Bloque 2: “La comprensión y el respeto en las relaciones interpersonales” -La empatía. La inteligencia interpersonal. El altruismo -Los primeros auxilios. La prevención de accidentes. Los primeros auxilios a los demás Se añade
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	p.ej. 5º EP 3. Relacionar determinadas prácticas de vida con el adecuado funcionamiento del cuerpo	p.ej. 4º EP 7. Fomentar la seguridad vial en todos sus aspectos...	p.ej. 5º EP 12. Identificar e interiorizar la importancia de la prevención, la recuperación y las medidas de seguridad en la realización de la práctica de la actividad física.	p.ej. 6º EP 7. Realizar primeros auxilios en caso de necesidad, valorando la importancia de prevenir accidentes domésticos y escolares utilizando el conocimiento de medidas preventivas.
ESTÁNDARES DE APRENDIZAJE EVALUABLES Se añaden	3.1. Reconoce y explica estilos de vida saludables	7.1. Valora la importancia que tiene el respeto de las normas y señales de tráfico y conoce su significado	12.2. Explica y reconoce las lesiones y enfermedades deportivas más comunes con sus medidas preventivas	7.3. Demuestra que es capaz de realizar primeros auxilios en caso de necesidad

3.3.2. Las competencias emocionales: ¿las grandes olvidadas en el currículo oficial?

Se estima que la carga de trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años: “¿Estamos haciendo lo suficiente para hacer frente a este creciente desafío?” (OMS, 2004). En todos los individuos la salud mental, la física y la social están fuertemente ligadas. Actualmente existe un mayor conocimiento sobre esta interdependencia, pero desafortunadamente no se concede a la salud mental la misma importancia que a la física y tradicionalmente ha sido objeto de ignorancia o desatención.

Las nuevas tendencias en educación, a tenor de las investigaciones sobre inteligencia emocional de Gardner (1998), Mayer y Salovey (2008) o Goleman (1995, 2012) ponen de relieve que la Inteligencia Emocional (IE) capacita a las personas para atender y percibir los sentimientos de forma apropiada y precisa la capacidad para asimilarlos y comprenderlos de manera adecuada. Se refiere además a la destreza para regular nuestro estado de ánimo o el de los demás.

La inteligencia emocional no es sólo una cualidad individual. En el contexto escolar, los educadores/as son los principales guías emocionales de sus estudiantes. En este momento de debate sobre los cambios educativos, se abre una oportunidad para reflexionar sobre la inclusión de las habilidades emocionales de forma explícita en el currículo escolar. Nos surge la cuestión aquí de ¿Por qué no incentivar su aprendizaje como un requisito más para la salud y el bienestar?

Bisquerra en (2007,65) define las competencias emocionales, representadas en la Figura 20, *como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Las competencias emocionales son un aspecto importante de la ciudadanía afectiva y responsable.*

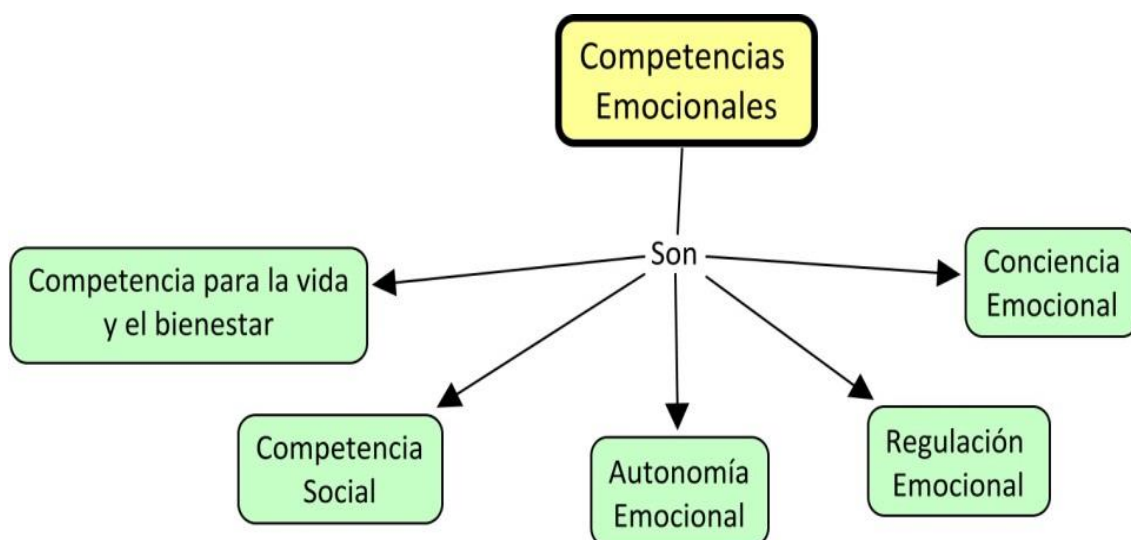


Figura 20. Las competencias emocionales. Fuente: Bisquerra, (2003,22).

Este autor incluye la competencia para la vida y el bienestar como una subcompetencia definida como *la capacidad de adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, ya sean privados, profesionales o sociales, así como las situaciones excepcionales con las cuales nos vamos tropezando. Nos permite organizar nuestra vida de forma sana y equilibrada, facilitándonos experiencias de satisfacción o bienestar.* (Bisquerra 2007, 65).

Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo a una salud mental positiva. Tomando como referencia el modelo por competencias, la adquisición de las mismas está mediada por la ejercitación del alumno/a (*emperiría*). Las intervenciones de promoción en las escuelas favorecen la ejercitación de la autoestima, las habilidades para la vida, la conducta pro-social, el rendimiento escolar y el ambiente social.

Entre otros factores psicosociales ligados a la promoción de la salud mental figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos. La inclusión de estas competencias despiertan en los niños y niñas un control consciente de los acontecimientos, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones, regulación emocional e integración en el contexto social en el que transcurren sus vidas.

3.3.3. Competencias en salud: el binomio prevención-promoción

La salud no es ajena a este tratamiento por competencias (Gavidia & Talavera, 2012). Existen ocho áreas temáticas /subcompetencias que integran la Educación par la Salud. Se pretende establecer un paralelismo entre el concepto multidimensional de la salud y la adquisición de las competencias. Estas actúan como factores de protección o como recursos generales de resistencia en el marco de las habilidades para la vida y su puesta en práctica se lleva a cabo en el contexto inmediato de cada ciudadano o ciudadana. Las tres dimensiones de la salud propuestas en la Figura 21 abarcan elementos promotores de salud, que conforman el eje sustentado por el aprender a ser, a conocer, a hacer y a convivir (Delors, 1996).

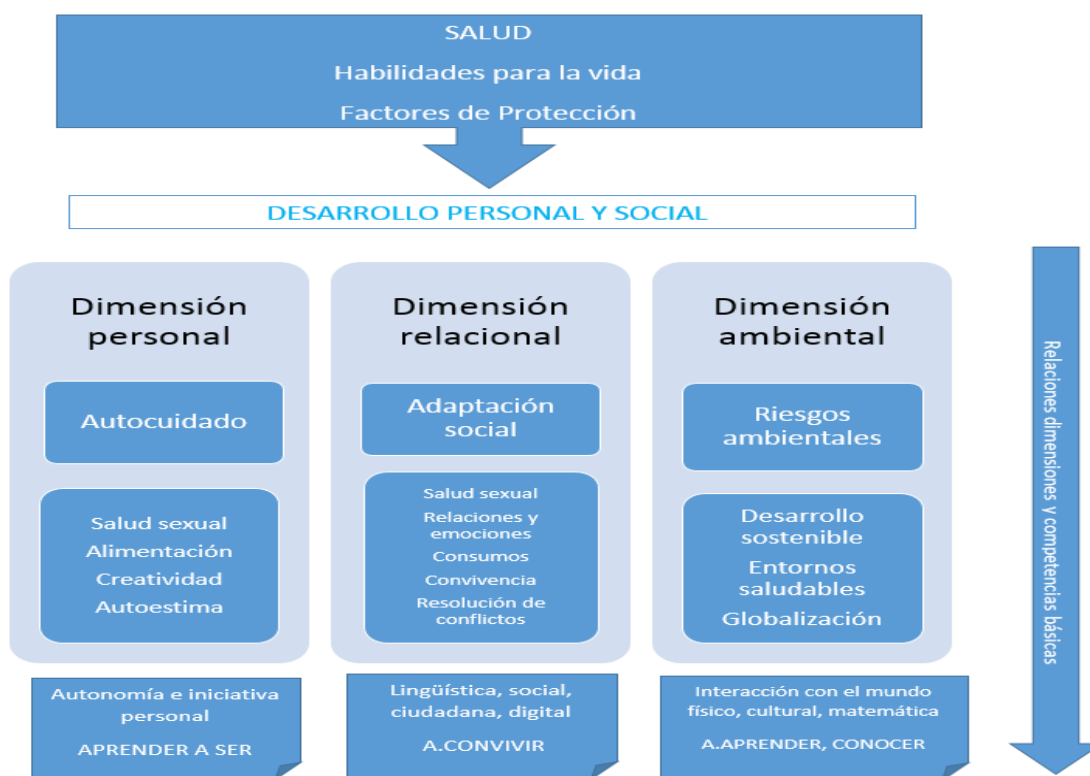


Figura 21. Dimensiones de la salud vinculadas el modelo competencial. Elaboración propia

En el tema de los accidentes escolares, adquirir unos adecuados hábitos de prevención y reflexión sobre el comportamiento puede llevar a la adopción de conductas seguras posteriores. Existen escasos estudios epidemiológicos que recogen la incidencia de estos sucesos en los centros escolares. (Navarra,

Cataluña, Madrid, Andalucía), posiblemente porque en su mayoría revisten poca gravedad. La consideración que nosotros tratamos es otra. Se busca profundizar en la visión de los propios niños y niñas, el cuestionamiento de porqué suceden, la interpretación que ellos hacen de estos sucesos, los mecanismos de afrontamiento, la adopción de conductas proactivas y de convivencia que pueden adoptar en situaciones futuras.

Investigaciones actuales indagan mediante la técnica del contar, escribir y dibujar en la cosmovisión de estos niños y niñas, respecto a cómo se dibujan en su entorno próximo y cómo en este contexto desarrollan las competencias que ponen en práctica tanto en la escuela como fuera de ella (Figura 22).

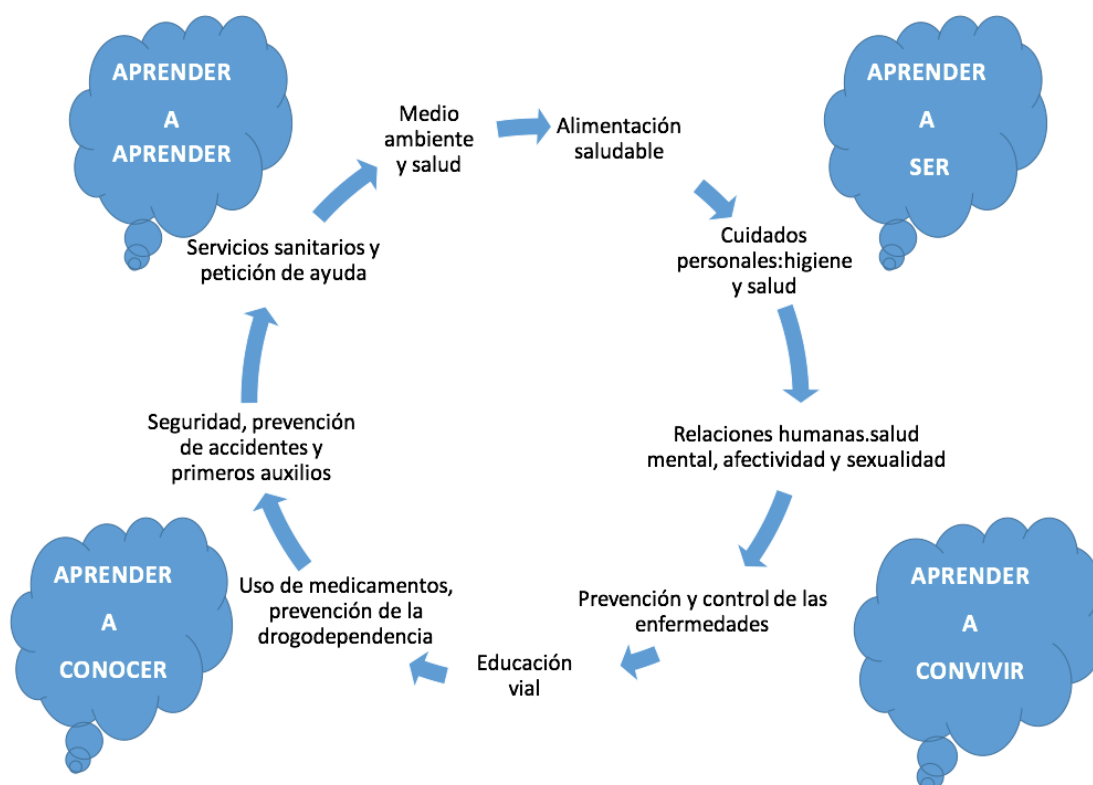


Figura 22. Subcompetencias de Educación para la salud. Modelo competencial del aprendizaje permanente.

Capítulo 4. Seguridad en el entorno escolar desde la mirada de los niños y niñas. Escuelas seguras

4.1. Introducción

Los accidentes representan hoy en día uno de los principales problemas en el ámbito de la salud pública, pudiendo decirse de ellos, en general, que son acontecimientos involuntarios, eventuales y anómalos de los que resulta o puede resultar un daño físico, psíquico más o menos grave, así como discapacidades o problemas resultantes de su efecto. A nivel mundial los accidentes constituyen una de las principales causas de muerte en el tramo de edad comprendido entre los 0-15 años.

Los accidentes de tráfico, los ahogamientos y los politraumatismos son claro ejemplo de ello (Peden et al. 2008). En los niños menores de cinco años la mayoría de las lesiones se producen en el hogar y en la franja comprendida entre 6-12 años cobra especial importancia los producidos en espacios de ocio, además de los que tienen lugar en los centros escolares. Cada año aproximadamente 42.000 niños y niñas con edades comprendidas entre 0-19 años sufren lesiones no intencionadas en la Unión Europea, suponiendo la primera causa de morbilidad y discapacidad (WHO, 2008).

Pese a que su origen es multicausal, una gran parte de ellos, siempre que la causa fundamental haya sido resultado de algún agente externo, suelen ser consecuencia de defectos de previsión o de seguridad, con los materiales, objetos o estructuras de los bienes de uso o consumo,. Pero existen también accidentes provocados por la falta de habilidad, inmadurez, insuficientes aprendizajes y habilidades, impulsividad, así como la propia imprevisión que la persona genera o produce con sus comportamientos o conductas (Azeredo 2003; Saluja et al. 2004; Khambalia et al. 2006; Unni et al. 2012).

Por otro lado, los accidentes no se producen por azar, sino que en la mayoría de los casos resulta relativamente fácil identificar los motivos, al tiempo que de este análisis se desprende la variedad de motivos existentes. Frente a estos eventos, lo que resulta realmente alarmante es que en muchos casos los accidentes se pudieran haber evitado si se hubiesen adoptado las medidas preventivas

necesarias (Sahin & Erkal, 2012). El lenguaje habitual emplea el término accidente para hacer referencia a los mecanismos que ocasionan la mayoría de las lesiones descritas anteriormente. Sin embargo, desde el punto de vista preventivo se puede diferenciar cualitativamente este término de otro, el de lesión no intencionada. Estas últimas no son accidentes imprevisibles, sino problemas de salud derivados de la acción de varios agentes: físicos, sociales, emocionales, etc.

El abordaje del tema de los accidentes, tanto por su relevancia en la salud durante la infancia y la adolescencia, como por el cambio de enfoque que precisa para disminuir su incidencia y consecuencias, conlleva necesariamente una responsabilidad por parte de las instituciones competentes para desterrar el mito de la mala suerte (Suelves, 2009).

Entre la población sujeta al padecimiento de accidentes adquiere especial importancia la población infantil, dado que el niño/a por su propio desarrollo, edad madurativa, niveles de exigencia y control, no posee los recursos de los adultos. La distribución de la morbilidad (número de niños/as accidentados) sigue un patrón muy estable en el último decenio, siendo los más frecuentes los resultantes de caídas, seguidos de accidentes de tráfico, intoxicaciones y otros. Por esta razón en su análisis es importante tener en cuenta la edad y el entorno en el que se producen para, de este modo, disponer de unos criterios con los que proceder a su prevención a través de programas e intervenciones educativas (Pollán & Gabari, 1999; De Waaal & Grösser, 2009).

Los contextos escolares seguros facilitan la ausencia de daños causados tanto a alumnado como a docentes. Las últimas publicaciones sobre legislación educativa amplían el ámbito de seguridad y protección, incluyendo en este área problemas de falta de seguridad emocional (acoso) y falta de seguridad pedagógica (enseñanza discriminatoria). Por tanto, si bien es necesario mejorar en la seguridad de los centros en sus instalaciones, es todavía más urgente forjar una colaboración transdisciplinar más sólida entre la legislación educativa y su contexto de aplicación para disminuir el número de lesiones de la esfera afectiva (sentimientos de minusvalía, baja autoestima, inseguridad, incluso suicidios) que padecen los niños y niñas en el entorno escolar (De Waal & Grosser 2013).

El 15% de todos los accidentes infantiles ocurren, en centros escolares. Los niños y niñas acuden regularmente a estos espacios y realizan juegos, deportes y actividades que entrañan riesgos adicionales a los habituales. (Mackay & Vincenten, 2012). Por esto mismo, la prevención de accidentes en el ámbito educativo constituye un espacio adecuado al tratarse de un entorno promotor de salud en el que el profesorado puede transmitir a los alumnos/as los mensajes oportunos a través de su conducta y trabajo en el aula y fuera de ella (Gavidia 2001; Gairin & Castro, 2011; Nascimento et al. 2012; Gabari & Sáenz 2014).

Además de la edad, el género se asocia a diferencias muy importantes en la morbilidad por lesiones. Las niñas padecen un número menor de lesiones que los varones en todos los grupos de edad, independientemente del mecanismo analizado. Una parte de estas diferencias ligadas al género apunta a los factores biológicos en lo que se refiere a un temperamento más impulsivo en los niños que en las niñas, pero también es probable que los roles asignados al género contribuyan a una mayor realización de actividades deportivas y al aire libre o de la percepción de que las niñas tengan una autoimagen de sí mismas como más prudentes. Aunque los conocimientos relativos a las medidas de seguridad son similares en ambos géneros, los niños que sufren una lesión tienden a pensar que no les volverá a ocurrir, mientras que en las niñas es más frecuente que atribuyan las lesiones a su propia conducta y tiendan a interiorizar mecanismos de evitación (Schwebel, 2007), por lo que podemos considerar la formulación de la primera hipótesis que propone la existencia de diferencias significativas por razón de sexo en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.

En este marco, la finalidad de la Educación para la Salud es desarrollar actividades e incentivar a toda la comunidad educativa para conseguir el mayor grado posible de salud física, emocional y social, tanto en el ámbito personal como en el del conjunto. Estos objetivos de salud precisan una incorporación de valores, adquisición de conocimientos y habilidades que orienten a la elección de estilos de vida saludables (IUHPE, 2009).

4.2. Alianzas y estrategias para la Seguridad infantil.

En la Unión Europea se han establecido una serie de alianzas para proteger a los más pequeños/as de las lesiones no intencionadas. La adquisición progresiva de la conciencia corporal, las reglas de convivencia, la inmadurez, etc. presentadas en el apartado anterior, hace que este colectivo esté mayormente expuesto al padecimiento y se tengan en cuenta estas consideraciones a la hora de diseñar propuestas de seguridad infantil.

4.2.1. Estrategias europeas.

La Alianza Europea de Seguridad Infantil se puso en marcha en el año 2000 con el objetivo de hacer más segura la vida de los niños que viven en Europa. Hoy, más de 30 países de toda Europa están trabajando juntos para reducir la principal causa de muerte, discapacidad e inequidad de los niños/as en todos los estados miembros, relacionados con las lesiones y accidentes. Comprende un grupo de expertos en seguridad a nivel europeo que proceden de diversos campos, incluyendo la medicina, la salud pública, la psicología, la educación, la ingeniería y la política, para compartir experiencias y abogar por aquellas medidas que funcionan en la prevención de las lesiones infantiles.

El proyecto de Plan de Acción para la Seguridad Infantil (CSAP) es una iniciativa a gran escala cuyo objetivo es el desarrollo planes de acción internacionales en los países de Europa que mejoran la seguridad de niños y adolescentes mediante el aumento de la concienciación del problema de las lesiones y la adopción de estrategias de prevención aprobadas por el gobierno, la industria, los profesionales y organizaciones en las áreas que se relacionan con los niños y la seguridad de los adolescentes, y las familias. La iniciativa es liderada por la Alianza Europea de Seguridad Infantil en colaboración con la Comisión Europea, la Alianza para la Salud y el Medio Ambiente (HEAL), UNICEF, la OMS y los socios en cada uno de los países participantes.

Actualmente se ha llevado a cabo el proyecto *Tool to address Childhood Trauma, Injuries and Children Safety* (TACTICS), que cubre el periodo: abril de 2011 a marzo de 2014, en el que participan 30 países. Este proyecto incluye también la recogida de datos del nivel de seguridad de la población infantil en los países participantes,

completando los documentos: informe y perfil de seguridad. Los países que participaron en el proyecto CSAP pueden comparar y valorar su evolución a lo largo de todos estos años. Entre los objetivos para este período se encuentran:

1. Fomentar la adopción, aplicación y seguimiento de buenas prácticas basadas en la evidencia.
2. Incluir calificaciones de seguridad para niños y perfiles basados en un conjunto de indicadores acción.
3. Desarrollar un Plan de acción de seguridad para niños en el que se incluyan miembros de los países de la Unión Europea.

Todos los países europeos han adoptado algunas medidas políticas que apoyan la seguridad del niño y de los adolescentes. El informe TACTICS 2012 proporciona una puntuación en forma de icono (tarjeta de señales) para valorar el nivel de seguridad de los 31 países pertenecientes al programa. El nivel general de seguridad previsto para niños y adolescentes con respecto a las lesiones no intencionales se evaluó mediante el examen y calificación del grado de implementación de las políticas nacionales basadas en evidencias en:

a) Nueve áreas de Seguridad para niños y adolescentes.

1. Seguridad en el uso de ciclomotores
2. Seguridad de los pasajeros y conductor
3. Seguridad de los peatones
4. Seguridad en bicicleta
5. Seguridad en el agua, prevención de ahogamientos
6. Prevención de caídas
7. Prevención de intoxicaciones
8. Prevención de quemaduras
9. Prevención de la asfixia

b) Tres áreas estratégicas para la seguridad infantil

1. Liderazgo
2. Infraestructura
3. Capacidad

Se concede una puntuación máxima de cinco estrellas. Alcanzar la mejor puntuación posible para cada uno de estos 12 apartados es reflejo de una adecuada aplicación de las actuaciones específicas en cada área.

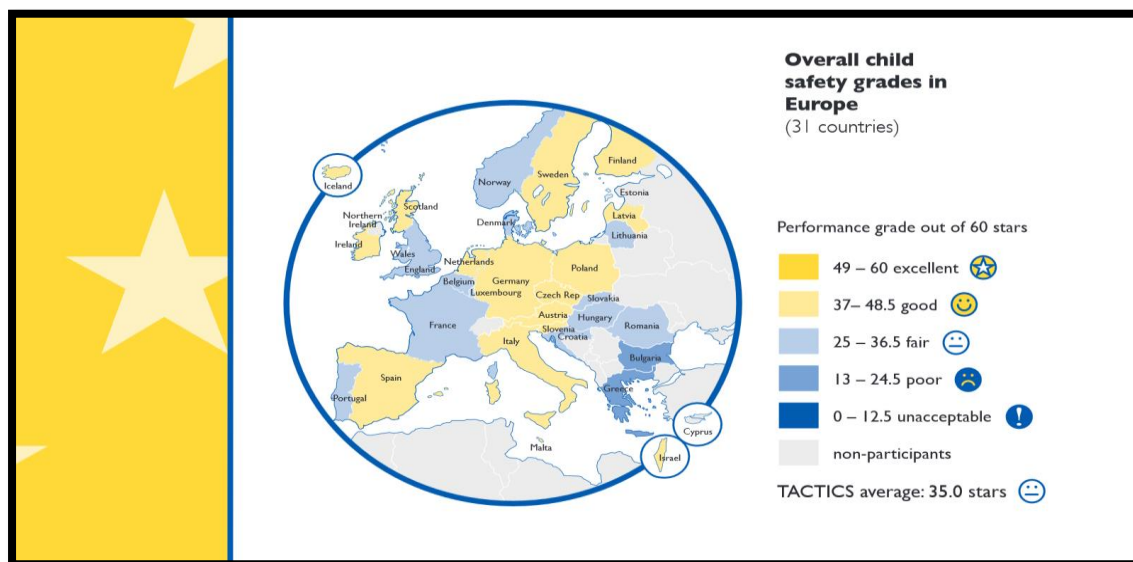


Figura 23. Calificaciones globales de seguridad para niños y adolescentes en la UE.

Fuente: MacKay M and Vincenten J. Child Safety Report Card 2012: Europe Summary for 31 Countries. Birmingham.

En el informe sobre seguridad infantil del 2007, España alcanza una pobre valoración en cuanto a la calificación global de seguridad infantil. La puntuación obtenida en este estudio pone de manifiesto que es necesario implementar políticas que apoyen a todas las áreas de seguridad en niños y adolescentes. Tras llevar a cabo esta puesta en práctica combinando acciones de educación, ingeniería y aplicación de normativas y regulaciones en materia de seguridad infantil en el informe del año 2012, la consecución de los objetivos propuestos es evidente alcanzando una buena calificación (Figuras 23 y 24).

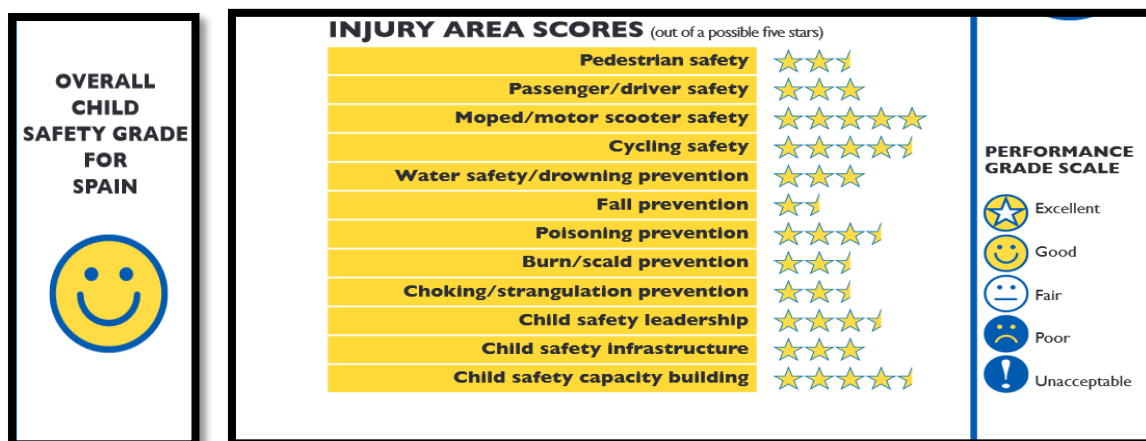


Figura 24. Resultados de seguridad infantil para España.

Fuente: *European Child Safety Alliance*, Eurosafe; 2012

A pesar del progreso logrado en material de seguridad infantil todavía queda un largo recorrido por cubrir en la implementación de medidas para aumentar el conocimiento de la población en general acerca de los riesgos de lesiones en los niños/as y las medidas de prevención eficaces. En esta línea se han adoptado normativas nacionales para las áreas de juego infantiles y centros escolares. La prevención de accidentes ha sido identificada como una prioridad nacional. Existe una persona de contacto, identificada sobre la seguridad de niños y adolescentes en los departamentos de educación, salud, tráfico, etc.

A nivel internacional las investigaciones llevadas a cabo en materia de seguridad infantil se centran principalmente en evitar accidentes en el hogar y en los desplazamientos. Se incluyen campañas coordinadas a nivel socio sanitario incorporando programa de visitas a los domicilios, recordando las precauciones básicas en el hogar que pueden disminuir significativamente la frecuencia de accidentalidad infantil. La concienciación de las familias en estos programas es alta e incluso se ha evaluado la efectividad de las visitas domiciliarias por parte de los equipos de atención primaria de salud (King et al. 2001; Pearson, Garside, Moxham & Anderson, 2011).

Sin embargo, son escasos aquellos estudios que indagan en las conductas seguras en los centros escolares para conocer cuáles de estos accidentes no intencionados pueden evitarse con unas medidas de prevención adecuada (Sosnowska & Kostka, 2003). Esta es una de las debilidades de las que adolecen las campañas

preventivas insistiendo reiteradamente en las situaciones de riesgo en contextos extraescolares y fuera del propio domicilio de los menores.

4.2.2. Estrategias nacionales.

Para contrarrestar la carencia expuesta en el párrafo anterior, la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria junto con la fundación Mapfre, lleva a cabo un estudio en 2010 sobre los accidentes infantiles atendidos en los Centros de salud en España. Las conclusiones inciden en el refuerzo preventivo y ponen en evidencia el alto porcentaje de accidentes que ocurren en el entorno escolar (25,7%).

Es cierto que en su mayoría no revisten importante gravedad y las secuelas físicas que conllevan no son elevadas, pero suponen una irrupción en el aula, movilización de recursos humanos y económicos, además del impacto emocional para el niño, la familia y el resto de miembros de la comunidad escolar (Pollán & Gabari, 1999). En este mismo estudio se recogen, entre otros, la distribución de accidentes según sexo y edad, tipo de asistencia recibida y lugar donde se producen. Se han seleccionado estos datos para mostrar una breve descripción en cifras de la realidad escolar que centra la investigación. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2006 un 9,63% de los niños de 0 a 4 años y un 11,01% de los niños de 5 a 15 años, sufrieron algún accidente (Tabla 9).

Tabla 9. Accidentes en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 0 y más años.

	Total	SI	% SI
AMBOS SEXOS			
De 0 a 4 años	2.180	209,9	9,6
De 5 a 15 años	4.730,4	520,6	11,0
VARONES			
De 0 a 4 años	1.109,1	123	11,1
De 5 a 15 años	2.442,6	334,6	13,7
MUJERES			
De 0 a 4 años	1.070,9	86,9	8,1
De 5 a 15 años	2.287,7	186	8,1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2006)

En el grupo de población de 0 a 4 años el 10,77% acude a su centro de salud, el 69,65% es atendido por algún servicio de urgencias, el 17,96% no precisa servicios médicos y el 1,57% de los niños son ingresados. En el grupo de 5 a 15 años el 16,67% acude a su centro de salud, en el 59,95% son atendidos en un servicio de urgencias, en el 17,02% no solicitan atención médica y un 5,46% requiere ingreso en un hospital (Tabla 10)

Tabla 10. Tipo de asistencia recibida tras el accidente en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población que ha sufrido algún accidente

			Consultó a un/a médico o enfermero/a		Acudió a un centro de urgencias		Ingresó en un hospital		No fue necesario realizar ninguna consulta ni intervención		No consta	
	Total	%	Sí	% Sí	Si	% Si	Sí	% Sí	Si	% Si	Sí	% Si
AMBOS SEXOS												
De 0 a 4 años	209,9		22,6	10,77	146,2	69,65	3,3	1,57	37,7	17,96	0	0
De 5 a 15 años	520,6		86,8	16,67	312,1	59,95	28,4	5,46	88,6	17,02	4,6	0,88
VARONES												
De 0 a 4 años	123	58,60	13,2	10,73	87,7	71,30	2,1	1,71	20,1	16,34	0	0
De 5 a 15 años	334,6	64,27	54,1	16,17	204,8	61,21	20,8	73,24	53,8	16,08	1,1	0,33
MUJERES												
De 0 a 4 años	86,9	41,40	9,5	10,93	58,5	67,32	1,3	1,50	17,6	20,25	0	0
De 5 a 15 años	186	35,73	32,7	17,58	107,4	57,74	7,6	4,09	34,8	18,71	3,5	1,88

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2006)

En cuanto al lugar dónde sucede el accidente no hay diferencias entre los niños y las niñas, aunque, según la Encuesta Nacional de Salud sí existen claras diferencias según las edades. Mientras que en el 58,60% de los niños entre 0 y 4 años sufren accidentes en el hogar éstos suceden solamente en el 16,33% en el grupo de 5 a 15 años. En este último grupo de edad la mayoría de los accidentes se produce en la calle en un 26,99%, en un 25,57% en la escuela y en un 23,22% en otros lugares. La Tabla 11 recoge los distintos lugares donde acontecen estos sucesos, siendo uno de los más habituales el centro escolar.

Tabla 11. Lugar donde se produjo el último accidente en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población que ha sufrido algún accidente.

		En casa, escaleras o portal		En la calle o carretera y fue accidente de tráfico		En la calle o carretera pero no fue accidente de tráfico		En el trabajo o centro de estudio		En otro lugar		No consta	
	Total	Si	% Si	Si	% Si	Si	% Si	Si	% Si	Si	% Si	Si	% Si
AMBOS SEXOS													
De 0 a 4 años	209,9	123	58,60	3,4	1,62	26,00	12,39	24,50	11,67	32,00	15,25	0,90	0,43
De 5 a 15 años	520,6	85	16,33	32	6,15	140,50	26,99	133,10	25,57	120,90	23,22	9,10	1,75
VARONES													
De 0 a 4 años	123	72,2	58,70	2	1,63	15,20	12,36	13,40	10,89	19,80	16,10	0,50	0,41
De 5 a 15 años	334,6	45,1	13,48	19,5	5,83	96,60	28,87	83,90	25,07	83,90	25,07	5,60	1,67
MUJERES													
De 0 a 4 años	86,9	50,8	58,46	1,4	1,61	10,90	12,54	11,20	12,89	12,30	14,15	0,30	0,35
De 5 a 15 años	186	39,9	21,45	12,5	6,72	43,90	23,60	49,20	26,45	37,10	19,95	3,40	1,83

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2006)

El Informe Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio (D.A.D.O.) del año 2007, realizado por el Instituto Nacional de Consumo, a partir de una encuesta en la que participan cerca de 65.000 hogares analiza los accidentes de cualquier naturaleza que sufran personas de cualquier edad. Este informe aporta una información complementaria referida al mecanismo del accidente. En los menores de un año el mecanismo más frecuente es la caída, en un 76,9% de los casos.

La caída también es el mecanismo más frecuente en los grupos de 1 a 4 años y en el de 5 a 14 años, aunque en el 53,4% y en el 55,3% de los casos, respectivamente. Merece destacar que en el grupo de 1 a 4 años el golpe y choque con otro objeto es el mecanismo en el 14,8% de los casos, seguido del aplastamiento, corte o perforación en el 10% y los efectos térmicos en el 6,6% (Tabla 12).

Tabla 12. Mecanismo del accidente según edad.

	Menores de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años
CAÍDA	76,90	53,40	55,30
Caída en el mismo nivel por tropiezo	7,70	25,90	32,60
Caerse en o desde las escaleras	7,70	6,90	3,20
Caer/saltar de altura menor	53,80	16,90	16,30
Caer/saltar de altura mayor	7,70	2,80	2,30
GOLPE, CHOQUE CON OTRO OBJETO, PERSONA, ANIMAL	7,70	14,80	21,70
APLASTAMIENTO, CORTAR, PERFORAR	7,70	10,00	10,60
CUERPO EXTRAÑO EN ORIFICIO NATURAL	7,70	4,10	1,60
En ojos		1,00	0,70
En nariz		1,40	0,60
Por la boca	7,70	1,70	0,10
ASFIXIA		3,10	0,40
EFFECTOS DE PRODUCTOS QUÍMICOS		5,90	4,50
EFFECTOS TÉRMICOS		6,60	3,50
EFFECTOS DE ELECTRICIDAD / RADIACIONES Y OTRAS FUENTES DE ENERGÍA		1,00	0,10
AGOTAMIENTO AGUDO DEL CUERPO O PARTE DEL CUERPO		1,00	2,10

Fuente: Instituto Nacional de Consumo. Programa de Prevención de Lesiones. Informe D.A.D.O.2007

La gestión de la seguridad requiere contar con procesos evaluativos que determinen hasta qué punto las instituciones educativas son seguras, posibilitando la puesta en marcha de las acciones de mejora necesarias. En este sentido el Grupo de Investigación EDURISC de la Universidad Autónoma de Barcelona ha diseñado el Cuestionario de Autoevaluación EDURISC, en el marco de la investigación "Autoevaluación de la seguridad integral en centros educativos", desarrollada gracias al apoyo del Instituto de Seguridad Pública de Cataluña, mediante la convocatoria de proyectos de investigación, estudio y análisis sobre seguridad en Cataluña (2009).

Reviste especial importancia adecuarse a las peculiaridades de cada centro, las etapas educativas en las que se llevan a cabo las acciones y la colaboración de todos los miembros que integran la comunidad escolar. Asimismo se procura diseñar recursos y estrategias enfocadas a la diversidad del alumnado, adaptadas a la visión de los niños y las niñas a las cuales van dirigidas estas acciones.

4.2.3. Estrategias regionales.

Los departamentos de Educación y Salud del Gobierno de Navarra han desarrollado algunas actividades coordinadas en materia de seguridad escolar. Un ejemplo de ello es la red de Escuelas de Salud en Navarra que diseña e implementa programas relativos a la seguridad en centros escolares, primeros auxilios, educación vial, seguridad como peatones y como pasajeros, etc. Se han editado

diversos materiales que pueden consultar tanto las familias como el profesorado además de la participación en campañas en colaboración con la agencia navarra de emergencias, bomberos, policía foral, etc. Debido a la variabilidad de accidentes y la levedad que en algunos casos revisten los mismos, no existe un registro detallado de los accidentes que se producen en el centro escolar.

Sin embargo, el desarrollo sistemático de estas actividades es escaso dependiendo muchas veces de la voluntariedad de los centros, los docentes y los profesionales de salud vinculados a los mismos. El grupo de *Educación y Salud* de la Universidad Pública sensible a esta realidad, en su trayectoria investigadora ha centrado su interés en esta temática, elaborando varios informes sobre la accidentalidad infantil en Navarra (Parques infantiles de la comarca de Pamplona) y elaborando materiales para su implementación en el aula (Recursos y estrategias en la prevención de accidentes escolares; *Segurikashool*: herramienta multimedia trilingüe, etc.).

Los equipos de Atención Primaria, participan en campañas coordinadas con las escuelas para concienciar sobre la importancia de la seguridad escolar. Un reducido número de centros escolares cuenta con la presencia permanente de un profesional de enfermería, que participa en las actividades de prevención y promoción, además de prestar la primera atención tras un accidente. Una de las aportaciones que se pretende con este trabajo de tesis es visibilizar la figura de las enfermeras escolares para contribuir a la implementación de un modelo de Enfermería escolar en la comunidad Foral de Navarra.

4.3. Vivencias y narrativa: recreación del mundo a través del dibujo

La mirada infantil capta el entorno de una manera diferente a la del adulto. La comprensión del mundo y las interpretaciones significativas de su entorno social y físico, están mediatizadas por las experiencias previas. Los significados que atribuyen a las acciones están predeterminados por las formas de vida en las que han sido iniciadas. Aquí se incluyen las normas y valores de convivencia que se inculcan desde la familia y otros entornos de socialización. Por tanto, conocer en primera persona el sentido que se les atribuye a las conductas seguras y a la prevención de accidentes, constituye una de las estrategias de investigación más

adecuadas en el ámbito escolar. La participación verbal y artística de los niños muestra como para los niños es posible convertir un espacio construido por adultos en una creación plástica infantil (Horstman, Aldiss, Richardson & Gibson, 2008).

Existe abundante bibliografía que justifica, desde un punto de vista teórico, la afirmación previa. Se insiste en identificar los intereses de los niños/as y dar respuesta a sus demandas y expectativas. Sin embargo, son escasos los trabajos de campo en los que se analizan y definen las circunstancias que rodean a estos sucesos inintencionados, contando con el testimonio de los protagonistas. Por este motivo, uno de los objetivos de este estudio ha sido recoger información de naturaleza cualitativa sobre la percepción de la accidentalidad en centros escolares en los que se desarrolla la actividad cotidiana de los sujetos participantes (Bianchi & Sumala, 2004; Macnab, 2004; Boles et al., 2005; Concheiro et al. 2006; Gabari & Buitrago, 2006).

La enorme variabilidad de alumnos y alumnas presentes en un aula (su edad, capacidades, inteligencia, motivación, cultura, etc.) conlleva la necesidad de identificar diferentes situaciones y contextos de riesgo. El enfoque cognitivo sobre el aprendizaje nos permite conocer la relación del alumnado con los contenidos (Mata, 2009) y descubrir las conductas de salud y seguridad, en relación con modos de actuación, representación de ideas y disposiciones

El dibujo es una de las formas de expresión más antigua de la humanidad. Desde antaño se ha utilizado el dibujo como una forma de comunicación. Hasta la adquisición de la grafía éstos se empleaban para expresar opiniones y representar los objetos reales e ideas abstractas. Un niño o una niña dibuja por varias razones: ayuda al desarrollo intelectual, ya que aumenta el incremento del proceso de simbolización general; beneficia el desarrollo emocional, puesto que favorece su capacidad de expresión y fomenta su creatividad (Acaso, 2000). El hecho de promover la expresión plástica desde la primera infancia, es una manera de estimular la creatividad y contribuir a un crecimiento integral, ya que simbolizar, expresar y crear es inherente al desarrollo infantil.

Aunque ya hemos destinado breves líneas al desarrollo psicoevolutivo del grafismo infantil en el capítulo consideramos pertinente ampliar la mirada a esta herramienta que va a cobrar vida en nuestro estudio. El inicio del estadio pictórico comienza

alrededor de los cuatro años de edad (Kellog, 1969; Pont, 2014). Estos esbozos son fundamentales para el desarrollo del niño ya que es capaz de emplear el lenguaje visual a través de su testimonio gráfico de la misma manera que el oral o escrito. En la representación que hacen los niños y las niñas de los accidentes podemos ver tanto la expresión de lo que consideran que está bien o mal , como de comportamientos de rebeldía, obediencia, escucha, atención, así como los símbolos más frecuentemente utilizados por los personajes y sus connotaciones. También podemos observar la utilización de los colores y su simbología respecto a las actitudes que identifican como de riesgo o de protección (Lopez-Bosch et al., 2002).

El niño o la niña expresa a través del dibujo su sentir individual. Los dibujos evitan las barreras lingüísticas y permiten la comparación entre grupos de diversas lenguas y culturas. Existen diversos estudios que explican que a través del testimonio gráfico infantil podemos conocer las actitudes y la relación con el medio ambiente en que se relacionan, considerando aspectos tanto físicos como sociales y culturales (Barraza, 2001). La representación de los espacios por los propios niños/as es el primer paso para reconocer sus necesidades y la forma que tienen de dar sentido al entorno que les rodea. A través de sus dibujos narran situaciones que han vivido en primera persona, reflejando en su testimonio una mezcla de realismo subjetivo.

El dibujo resulta un método especialmente indicado en el trabajo con niños por varias razones. Por un lado, se puede integrar como una tarea más dentro del trabajo escolar y por otro lado, el aspecto lúdico motiva su realización. Además, para los niños dibujar no es sólo una diversión, sino que a determinadas edades constituye su principal forma de expresión (Lowenfeld 1961; Stern, 2008).

En esta tesis se ha utilizado el dibujo como herramienta para conocer la percepción de los niños y niñas en primera persona. Cómo dibujan su propia escuela y las relaciones que acontecen en ella. Son ellos y ellas mismos/as quienes identifican los elementos implicados en los accidentes, así como los mecanismos y consecuencias de las lesiones. También estos testimonios hacen referencia a comportamientos, actitudes y rasgos de personalidad y desarrollo asociados a la edad. A través de estos dibujos plasman los distintos escenarios y detectan los

problemas que pueden surgir e incluso aquellos que los adultos no contemplan en sus campañas de prevención de accidentes.

Las vivencias de los niños hospitalizados (desde sus dibujos y testimonios), constituye un referente en la investigación de corte cualitativo en este ámbito, desarrollado por Giselle Silva a partir de 330 dibujos y otras estrategias de recogida de datos como la observación y el juego. Otros estudios llevados a cabo en nuestro contexto recogen en primera persona las experiencias de las familias, escolares y profesionales de la educación y de la salud respecto a la interpretación del entorno hospitalario, la cultura de salud en las aulas de educación primaria o el análisis del discurso de los niños y niñas como agentes y cuidadores de su propia salud (Davó & La Parra, 2012).

El dibujo también ha sido empleado como exponente de las percepciones sobre enfermedad en niños y niñas con diabetes mellitus (Argüelles, García & Agramonte, 2006). Resulta difícil expresar con palabras las vivencias que se reflejan en el dibujo no sólo en lo referente a las restricciones dietéticas y manejo del régimen terapéutico, sino que son capaces de expresar el estado emocional que están viviendo. Una investigación relevante en el ámbito de la humanización de los hospitales en nuestro país, recoge las vivencias y los saberes de los niños y niñas en Cuidados Intensivos de Pediatría (UCIP). La excepcional aportación de esta tesis doctoral radica en que son los niños y niñas en primera persona quienes nos muestran esta unidad clínica hospitalaria

La UCIP es un espacio fundamentalmente tecnológico, inundado por aparatos que suenan, pitán y “asustan”. Además cuando vienen papá y mamá, los niños observan, se fijan y se dan cuenta de que papá y mamá no están “igual”, también están “asustados”. ¿Qué es la UCIP para un niño/a? Lo que vive, lo que ve, lo que observa, lo que oye, lo que siente, lo que duele físicamente, lo que huele; además lo que le cuentan sus padres/familias, lo que percibe de ellos, lo que siente con ellos, lo que teme, lo que le ha pasado, lo que se imagina (González, 2008,380).

Existe una sensibilidad especial en la humanización de los espacios sanitarios como parte de la cultura del cuidado del paciente pediátrico (Ullán y Belver, 2008). Esta humanización precisa partir del reconocimiento de las necesidades particulares de los pequeños/as y de las familias, y de la forma que tienen los niños y niñas de interpretar y dar sentido al entorno que les rodea. Las potencialidades del arte en los espacios sanitarios han ido *in crescendo* en los últimos veinte años. Sin duda son los contextos de la hospitalización infantil los más activos en esta iniciativa de arte en los hospitales. Los artistas se desplazan a los hospitales para humanizar su entorno, mejorar la acogida y estancia de los niños/as ingresados, estimular su imaginación y creatividad. Los niños también pueden crear sus propias obras que pueden ayudarles a exteriorizar, enfrentar y afrontar las situaciones emocionales nuevas que están viviendo.

Las relaciones entre arte y salud traspasan las instituciones hospitalarias. La Escuela multidisciplinar de Salud de la Universidad de Durham en Reino Unido creó en el año 2000 el *Center for Arts and Humanities in Health and Medicine* (CAHHM). Se plantea como objetivo el desarrollo de propuestas de investigación y de iniciativas educativas multidisciplinarias que exploren las relaciones entre las humanidades, las artes y la práctica médica y de cuidado de la salud. Entre sus proyectos se incluyen aquellos que se centran en los beneficios terapéuticos de las artes, otros sobre mejoras ambientales destinadas a apoyar la prestación de los servicios de salud y otros buscan producir una información de salud de tipo más creativo (Ullán y Manzanera, 2009)

Existen varias aproximaciones en los proyectos contemporáneos de arte y salud. Siguiendo la propuesta por Macnaughton, White & Stacy (2005) se pueden agrupar en dos dimensiones: 1) Aspectos más sociales e individuales y 2) Servicios de salud. Las primeras referidas al polo social/artístico vinculan las relaciones sociales positivas a un mejor estado de salud. A nivel individual se refuerza la conexión entre la creatividad y el bienestar. Estos proyectos pretenden contribuir a una mejor comprensión de la salud de las personas, usando aproximaciones creativas como un medio de expresión. Respecto a los servicios de salud se incluyen los proyectos

que implican a grupos a promover la salud en la comunidad, usando métodos creativos para explorar, diseminar y comunicar mensajes sobre la salud.

En estas experiencias destaca la variedad de enfoques profesionales que convergen en ella: artísticos, sanitarios, psicológicos, clínicos, educativos, etc. Esta diversidad y el carácter aplicado de las propuestas dificultan un mayor conocimiento y difusión de las mismas. Se puede hacer extensible esta situación al tema de investigación de esta tesis doctoral.

4.3.1. Interpretación del entorno: riesgos y evitación

Existe un número muy reducido de investigaciones en nuestro medio que exploren la percepción de riesgos y ahonden en la cultura preventiva de los escolares como base para la adquisición de conductas de seguridad. Los escasos trabajos realizados indagan en los factores psicoeducativos que determinan la propensión al accidente deportivo en escolares (Latorre, Cámara & Pantoja, 2015) y en el diseño de los centros desde la perspectiva de la seguridad integral (Gairín & Castro, 2011; Gairín, Castro, Díaz, Sans, Rosales, Sentinella, Vitolo, Martín, San Juan & Castellano, 2012).

Pereira, Neto, Smith y Angulo (2002) analizan el aprendizaje social, relacional y de convivencia que se desarrolla en los espacios físicos y tiempos de recreo. Los recreos son normalmente vistos por los niños y niñas como lugares para medir sus fuerzas y establecer relaciones de poder. En cuanto a la diferenciación de juegos según el género, los niños que no dominan las habilidades motrices requeridas para determinadas prácticas pueden ser excluidos de sus juegos por pares.

Por otra parte, las niñas presentan competencias y motivaciones diferentes en el dominio de las prácticas deportivas. Estas suelen realizar más juegos simbólicos, paseos, conversaciones etc. Se concluye que el recreo es el momento donde se producen más prácticas de victimización y agresión entre escolares. La reinención de estos períodos de actividad lúdica y de aprendizaje es la principal propuesta de estos autores para prevenir la violencia escolar.

El riesgo de accidentes y la falta de medidas preventivas eficaces en relación con los diferentes factores internos que determinan la seguridad en el deporte,

conforma otra línea de investigaciones relacionadas con la accidentalidad en el contexto escolar. Morrongiello & Lasenby-Lessard (2007) señalan las características individuales como la edad, el sexo, la experiencia y el temperamento como factores influyentes en la toma de decisiones de los niños y niñas, y por tanto en la participación en actividades de riesgo. La asunción de riesgos en el juego permite a los escolares aprender la evaluación de riesgos, desarrollar un sentido del mismo y comprender las características individuales que pueden contribuir a la lesión (Little & Wyver, 2010).

Al respecto Kontos (2004) destaca que altos niveles de toma de riesgos, bajos niveles de riesgo percibido y bajos niveles de estimación de habilidad, son factores de riesgo de lesiones. Generalmente son los niños varones quienes subestiman los riesgos, en oposición a las niñas que relatan mayor niveles de riesgo percibido y niveles más bajos de asunción de riesgos que los varones. Las niñas muestran mayor temor y menos euforia en respuesta a los peligros que los niños. Nos apoyamos en los resultados de estas investigaciones para formular la hipótesis anteriormente expuesta en la que se propone que existen diferencias en la percepción de accidentes escolares en función del género. (Peterson, Brazeal, Oliver & Bull, 1997; Morrongiello & Matheis, 2007; Wickman, Anderson & Greenberg, 2008).

Los niños con más frecuencia atribuyen las lesiones a la mala suerte, lo que les lleva a experimentar lesiones repetitivas, mientras que las niñas atribuyen las lesiones a sus propios comportamientos, modificando su comportamiento en situaciones futuras para evitar lesiones. Los estereotipos masculinos de fuerza, agresividad, competitividad o asunción de riesgos vinculados a ciertos deportes de contacto físico como el fútbol, induce a una predisposición psicosocialmente aceptada en la que a las niñas se les enseña a desconfiar de los riesgos y a los niños a aceptarlos (Harris y Miller, 2000).

La búsqueda de sensaciones, dentro de los factores de la personalidad, se ha analizado en los estudios de conductas de riesgo (Zuckerman, & Kuhlman, 2000). Las diferencias de género en el rasgo de búsqueda de sensaciones parece que se pueden deber tanto a factores biológicos como de socialización. En cuanto a la

edad parece existir una relación negativa entre edad y búsqueda de sensaciones (Chico, 2000).

La multiplicidad de perspectivas en lo que a la vivencia de la accidentalidad escolar y su prevención se refiere expuesta en esta tesis doctoral, encuentra su razón de ser en la imposibilidad de encontrar estudios similares en nuestro contexto. El exponente más cercano es el llevado a cabo por Davó, Torres & Gascón (2014) con un diseño similar al de esta investigación.

Se trata de un estudio exploratorio mediante análisis sobre la percepción escolar sobre los accidentes y las lesiones accidentales. Los datos se obtuvieron mediante grupos de discusión de niños de entre 8 y 12 años de Alicante. Las dimensiones extraídas del análisis del discurso comprenden: a) conceptualización de accidente, b) causa y tipo de lesiones, c) lugares donde se producen los accidentes d) sugerencias para evitar los accidentes. Las conclusiones ponen de manifiesto que la población infantil sabe identificar los accidentes como problema de salud. Los percibe como inevitables aunque propone formas para evitarlos. Ayudar a los escolares a identificar las causas de los accidentes puede eliminar su percepción de inevitabilidad y fortalecer su capacidad para afrontarlos.

Las diversas problemáticas que se presentan en el proceso de crecimiento de los niños y niñas evidencian diversos mecanismos de afrontamiento ante las conductas de salud y evitación de peligros. Partimos de la premisa de la interrelación Salud y Educación como conceptos transformadores implicados en el proceso de la enseñanza aprendizaje. En este proceso se trata de combinar conocimientos, aptitudes, actitudes y usar esa fuerza para modelar la vida propia y por ende la de los demás. La aproximación a la escritura, el dibujo y los cuentos infantiles exploran una realidad cotidiana de los niños/as. Trasladado al ámbito de nuestra investigación la narración de las historias que acontecen están relacionadas con la salud y la seguridad, en su escenario habitual, la escuela (Angell, Alexander & Hunt, 2014).

La indagación en el significado que los pequeños/as atribuyen a las situaciones implica tener en cuenta todas las herramientas que nos permitan conocer sus expresiones. Podemos considerar tan importante entender las imágenes como la

palabra en la construcción de su pensamiento. Comprender la imagen como un proceso de representación mental, resaltando la importancia de pensar en imágenes (Read 1969; Hernández, 2000; Di Leo, 2013).

4.3.2. La cultura de prevención representada en la adopción de conductas seguras y promotoras de salud

La técnica '*dibujo, escribo y cuento*' (*draw, write and tell*) es un método creativo que ha sido empleado en Ciencias sociales y de la salud desde hace varias décadas. Concretamente en la etapa de educación primaria es una de las más apropiadas para recoger la percepción de los niños relativas a sus vivencias (Horstman, Aldiss, Richardson, & Gibson, 2008; Angell & Alexander, 2014). El tamaño del dibujo, la longitud del trazo, la presión, el color, la continuidad... han sido estudiados por psicólogos y otros investigadores para aproximarse a rasgos de personalidad y conocer situaciones para comprender qué ocurre en su mundo interior. En esta tesis el análisis se dirige a identificar situaciones y contextos de riesgo escolar que de otra manera podrían pasar desapercibidos, lo mismo ocurre con la solicitud de formular eslóganes.

La detección de estas actitudes requiere de un tiempo específico, que a veces es inexistente y no permite desentrañar su significado. Para poder acompañar en las conductas desde la escuela se necesita una tarea interdisciplinar para enseñar a tomar decisiones informadas, que sean saludables. De este modo se puede actuar sobre los factores facilitadores y reforzadores para propiciar un cambio en la consideración social de ciertas conductas de convivencia negativa incidentes en la salud y bienestar. Aumentar los conocimientos sobre los problemas de salud sentidos por el alumnado favorece el desarrollo de competencias que generan sentimientos positivos y mejoran la resistencia personal frente a la presión social. Ese aprendizaje de comportamientos capacita para la toma de decisiones que incrementan su autoestima, su seguridad, su salud y bienestar.

Las escuelas tienen un papel importante en la participación del proceso de prevención de accidentes fomentando pautas de comportamiento seguras. Es necesario adoptar medidas educativas dirigidas a inculcar una postura de prevención en comportamientos y actitudes que sean de utilidad para los niños en

la evitación de accidentes en el centro educativo y también para ir despertando una conciencia segura y saludable (Burgos, 2011).

El éxito de la calidad de la prevención educativa, según señalan Hundeloh y Hess (2003), se consigue cuando se alcanza una mayor implicación de las escuelas no sólo impulsando la seguridad escolar sino también sentando las bases para la construcción de una educación en valores preventivos necesarios para una futura vida laboral.

Autores como Bruce y McGrath (2005) aluden al SOC propuesto por Antonovsky como requisito básico para impulsar la idea de prevención. El componente de comprensibilidad da lugar a un reconocimiento realista del riesgo. La manejabilidad conduce a la protección contra peligros rechazando incorporar situaciones aventuradas o adquiriendo capacidades y habilidades adicionales, tales como, aprender a caerse o balancearse correctamente. Las demandas que se puedan plantear por el sujeto se consideran como desafíos que deben ser analizados en el propio contexto educativo donde adquieren la significatividad desde una perspectiva global.

Contribuciones relevantes como las llevadas a cabo por Miller, Romano y Spice (2000); Cummings, Norton y Koepsell (2001), y Jensen y Simovska (2005) exponen ejemplos y actuaciones concretas de los proyectos, campañas y recursos nacionales e internacionales que se recogen en la Tabla 13.

Tabla 13. Proyectos educativos internacionales

MATERIALES Y RECURSOS EDUCATIVOS	
Proyectos educativos	Observaciones (descripción)
National healthy school standard guidance	Reino Unido. Programa nacional que ofrece un proceso de acreditación con objeto de fomentar la cooperación en materia de educación y salud
“Splaatt” Safe play at all times	Reino Unido. Campaña comunitaria “Laing Homes” y que concibe la prevención como un ámbito donde desarrollar recursos, ideas y planes de enseñanza destinados al profesorado, tomando como base una obra de construcción
Check it out	Reino Unido. Material didáctico para el sector de la enseñanza con ejemplos concretos de riesgos en el lugar de trabajo
The safe school	Países Bajos. Iniciativa que se centra en la mejora de la comunicación en materia de seguridad y violencia dentro y cerca de los centros de enseñanza
Fomento de la seguridad en la enseñanza (FAOS)	Grecia. Desarrollo de procedimientos integrales para evaluar la seguridad en la enseñanza y en el entorno escolar aplicando medidas de colaboración entre el sector público y el privado
School environment round	Suecia. Programa para diseñar un entorno de trabajo y de aprendizaje en centros escolares
At the safety school	Italia. Marco conceptual y metodológico para mostrar a profesores y maestros cómo integrar la promoción de la seguridad escolar en los programas
OSH integrated in curricular standards	Italia. Planificación y ensayo de módulos de formación estándar sobre seguridad en escuelas y en centros de formación profesional
Examples of good practice in primary school	Italia. Desarrollo y divulgación a escala nacional de instrumentos didácticos para fomentar una cultura de la prevención
Armi Project: “Ar an Mi at school”/“New kids on the job”	Dinamarca. Proyecto para desarrollar actitudes y conocimientos básicos y para aportar una contribución positiva a la salud y a la seguridad personal y del entorno
Preventing accidents to children and young persons in agriculture	Irlanda. Elaboración y puesta en práctica de un documento programático sobre seguridad que muestra cómo gestionar la seguridad en explotaciones agropecuarias
Synergie	Francia. Proyecto sectorial con el objetivo de que la labor de los estudiantes dentro de una empresa sea económica y socialmente útil
Students make machines safe	Bélgica. Manual y guías didáctico-preventivas para estudiantes próximos a su incorporación al mercado laboral
Young people want to live safely	Alemania. Concurso para alumnos de escuelas de formación profesional
Mainstreaming occupational safety and health	Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA). En el año 2004 se publicó este informe donde se exponen diferentes estrategias y políticas para la integración de la cultura de prevención en Europa

Fuente: Burgos (2011)

Tabla 14. Programas educativos autonómicos

Campaña: Aprender a crecer con seguridad	Andalucía. Unidad Móvil que imparte prevención en escuelas de la Comunidad. Sensibiliza y forma al alumnado(10-12años) y profesorado sobre prevención de riesgos laborales
Prevebús joven	Andalucía. Campaña destinada a alumnado de 14-16 años, difunde la cultura preventiva en el aula a través de autobuses equipados con material y personal específico
Exposición Permanente de Equipos de Protección Colectiva e Individual	Aragón. Campaña realizada por el Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral para centros docentes u otras organizaciones. De esta exposición se derivan diferentes materiales e instrumentos didáctico-pedagógicos para educar y formar en prevención
Asturias, espacio educativo. Aula interactiva	Asturias. Programa que incentiva a alumnado de ESO (2º ciclo) y estudiantes de módulos de FP a adoptar hábitos seguros
Escola, salut i feina, per una cultura de la prevenció.	Islas Baleares. Guía pedagógica para acercar a los jóvenes al mundo de la prevención de riesgos laborales
Accidents a la llar: per què ocorren? Com evitarlos?	Islas Baleares. Manual cuya finalidad es la de asesorar como evitar accidentes tanto en el hogar, puesto de trabajo y también en el contexto escolar
Consell de prevenció a nins y Viure en seguretat.	Islas Baleares. Folletos para 1er y 2º ciclo de EP. Consejos de prevención para niños/as.
Campaña: Estudia y juega con seguridad	Islas Canarias. Campaña de sensibilización escolar para Enseñanza Primaria
Campaña: Cuidad tu vida: Prevención de los accidentes	Cantabria. Guías, manuales, Cds interactivos que recoge instrumentos y recursos didácticos y reflexiones de estudiantes de 9 y 10 años sobre prevención de riesgos
Plan Director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad en los Centros Educativos y sus Entornos, para el curso escolar	Madrid. Prevención de riesgos de seguridad asociados a las nuevas tecnologías y al uso de las redes sociales. Seguridad física y psicosocial en los centros educativos
La protección infantil: el papel de la escuela	Navarra. Estudios, formación, protección y atención a la infancia especialmente en situaciones vulnerables
Aprender a crecer	Navarra Guía educativa para trabajar con padres y madres respecto a las características del desarrollo de sus hijos/as. Riesgos asociados por etapas
“Salut i Escola”	Cataluña. Acciones de promoción de salud, prevención de situaciones de riesgo, detección precoz de los problemas de salud físico y psicosocial
Plan PREVI Plan de Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia en los centros escolares de la Comunidad Valenciana	Valencia. Prevención e intervención para aprender a convivir con el conflicto de forma positiva y desvincular la violencia como una respuesta aceptable
Crece con seguridad	Murcia. Concienciar sobre los accidentes escolares mediante la implantación de una cultura de prevención en el ámbito escolar, el hogar y el trabajo
Aula Joven	País Vasco Coordinación e información respecto a los riesgos derivados de estilos de vida no saludables

Fuente: Burgos (2011)

En este sentido, en nuestro país, se han desarrollado programas educativos autonómicos que se presentan en la Tabla 14. Tanto en los programas de ámbito nacional como internacional, destaca el impulso de la educación y la participación para sensibilizar a la comunidad educativa en el ámbito de la prevención hasta conseguir que ésta forme parte de su vida cotidiana.

Hasta aquí hemos dedicado cuatro capítulos a hacer un recorrido terminológico, conceptual y del estado de la cuestión en el tema de promoción de la salud en la escuela. Todo ello nos sirve como contexto para abordar el estudio empírico que presentamos a partir de este momento desde una visión del alumnado de EP como activo en la promoción de salud, da cara a mejorar la seguridad de la escuela.

Segunda Parte: Estudio empírico

Capítulo 5. Planteamiento del problema y formulación de objetivos e hipótesis.

5.1. Objetivos

El objetivo general de esta investigación es interpretar la percepción de los accidentes escolares y su prevención, expresada de forma escrita e icónica por el alumnado de 3º y 4º de Educación Primaria de Navarra, en relación con las competencias implicadas para la construcción de un entorno escolar más seguro.

En relación con este planteamiento general, los objetivos específicos son los siguientes:

1. Recoger información de naturaleza cualitativa sobre la percepción infantil de accidentes escolares mediante el cuestionario validado CPAE y la técnica de dibujo libre.
2. Codificar la información de naturaleza cualitativa del código escrito en categorías emergentes y del código icónico en categorías apriorísticas.
3. Integrar las categorías sobre accidentalidad escolar en dimensiones de prevención, promoción de salud y convivencia.
4. Recodificar las categorías cualitativas sobre accidentalidad escolar y su prevención para posibilitar su tratamiento cuantitativo.
5. Comparar las estrategias de afrontamiento y prevención de riesgos escolares en función del género del alumnado de 8-9 años, de la edad, del contexto de procedencia (rural-urbano) y de la lengua vehicular empleada (castellano-euskera).
6. Analizar las relaciones intravariabiles de respuestas de atribución de causalidad e intravariabiles de conducta proactiva.

7. Tipificar los accidentes percibidos con mayor frecuencia por los niños y niñas participantes.
8. Agrupar el conjunto de variables en componentes de prevención y afrontamiento de riesgos escolares.
9. Establecer una correspondencia entre los componentes de prevención y riesgos del entorno escolar con las competencias propuestas por el Marco Europeo de educación permanente.

5.2. Hipótesis

1. Existen diferencias significativas por razón de **sexo** en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.
2. Existen diferencias significativas por razón de **pertenencia a centro rural o urbano** en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.
3. No existen diferencias significativas por razón de **edad (8-9 años)** en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.
4. No existen diferencias significativas por razón de **lengua empleada (castellano/euskera)** en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.
5. La identificación de las **causas de accidentes escolares** por parte de los niños y niñas participantes en el estudio correlaciona significativamente con la **percepción de la tipología de riesgos a evitar**.
6. La **percepción de mecanismos de prevención** ante accidentes escolares por parte de la muestra participante correlaciona significativamente con la elaboración de **estrategias de afrontamiento de riesgos** cotidianos.

7. La **percepción de mecanismos de prevención** ante accidentes escolares por parte de la muestra participante correlaciona significativamente con la formulación de demandas de **medidas de ayuda**.
8. La **percepción de mecanismos de prevención** ante accidentes escolares por parte de la muestra participante correlaciona significativamente con la propuesta de **conductas de restablecimiento de daño entre iguales**.
9. La **prevención de accidentalidad percibida** por parte de los niños y niñas participantes se explica en su mayor porcentaje por una **combinación competencial** de conocimientos, destrezas y actitudes de salud en el entorno escolar.

Capítulo 6. Material y métodos

6.1. Contexto de la investigación

Esta tesis doctoral constituye la *cuarta etapa* de la trayectoria del grupo de investigación de Educación y Salud de la UPNA. La Educación para la Salud sobre prevención de la accidentalidad infantil en el contexto escolar, es una de las líneas de trabajo desarrollada en los últimos 15 años. Una *primera etapa* realizada en el año 1998, recoge los resultados de incidencia de accidentes escolares, delimitando las circunstancias que provocan y/ o influyen en la accidentalidad infantil en dicho entorno. Este primer estudio supuso, según las y los propios participantes, un efecto de concienciación sobre los riesgos existentes en los centros.

La importancia de proceder a consolidar espacios seguros y de seguir trabajando en el estudio de los factores que pueden provocar y/o facilitar los accidentes en la infancia y su prevención, condujo a una *segunda etapa* centrada en la reflexión sobre el abordaje curricular de la Educación para la salud y la formulación de demandas concretas, desde los propios centros educativos.

Los ámbitos abordados mayoritariamente por los 48 centros de Educación Infantil y Primaria de Navarra, que participaron en el estudio fueron: alimentación saludable, cuidados personales, relaciones humanas, educación vial y educación ambiental. La práctica totalidad de centros expresa su necesidad de tomar contacto con medios y recursos (materiales y humanos) especializados en el ámbito de la prevención y promoción de la salud. En conjunto, existe un nivel deficitario de prevención escolar en materia de accidentes infantiles, pero, a su vez, existe una predisposición receptiva hacia la mejora, en al menos un tercio de los colegios de la provincia de Navarra (Gabari & Buitrago, 2006).

En la *tercera etapa* es el alumnado de segundo ciclo de Educación Primaria quien aporta la interpretación de riesgos y medidas de prevención. Se recogen testimonios gráficos (descriptivos, creaciones propias...) y verbales (encuestas...) de grupos de niños/as de edades entre 8-9 años, puesto que es donde se produce un pico en el aumento de incidencia de siniestralidad y el profesorado ha manifestado mayores necesidades sobre la percepción de

riesgos y situaciones de peligro conocido o imaginado en el entorno escolar. Se abren nuevos cauces de intervención en diferentes niveles escolares, desde el aula hasta la respuesta al trabajo de competencias introducido por la LOE (2006). Ejemplo de ello es la creación de una herramienta multimedia para la prevención de accidentes escolares integrada en el currículo ordinario. Esta pretende dar respuesta a la demanda real formulada por los centros y se diseña teniendo en cuenta la propia visión de los niños y niñas implicados (Gabari & Pollán, 2009; Gabari, Sáenz, Idoate & García, 2014; Sáenz, Gabari, & García, 2014).

Este proyecto aborda el tema de la seguridad y la promoción de la salud escolar desde la óptica de la convivencia. La percepción de los propios niños y niñas recogida a través de un cuestionario abierto atribuye a las relaciones interpersonales un papel fundamental vinculado al ámbito de la promoción de la salud desde una perspectiva integral. A través del contenido del dibujo infantil se pretende profundizar en la formulación de diferentes lenguajes y la valoración de los riesgos a través de distintos tipos de comportamientos y acciones representadas.

El acercamiento a la comunidad escolar, junto con la diversidad de sus miembros (familias, profesorado, alumnado, personal no docente, etc.) hacen que la investigación en este ámbito resulte compleja y precise de un abordaje metodológico en el que se combinen diversas técnicas e instrumentos.

6.2. Diseño

Se elige un diseño mixto para poder utilizar más de un método, potenciando la posibilidad de comprensión de la realidad estudiada, y analizar la relación que puede darse entre distintos fenómenos identificados por los propios niños y niñas de 3º y 4º de Educación Primaria. La investigación mediante métodos mixtos se ha fortalecido en los últimos veinte años haciéndose muy útiles en campos como: Educación, Enfermería, Medicina, Sociología, Psicología y en todas aquellas áreas en las que está involucrado el ser humano y su diversidad.

El planteamiento de una revisión profunda acerca de los procesos de triangulación expuesto por Denzin y Lincoln en 2002, aportó a la comunidad científica (especialmente en el campo cualitativo), elementos significativos que impulsaron positivamente las propuestas de investigación consideradas como mixtas. Hernández, Fernández y Baptista (2003) atribuyen entre otras de las características de estos diseños, la capacidad de alcanzar la máxima integración de enfoques cualitativo y cuantitativo, entremezclándose en todo el proceso de investigación. La estrategia de investigación denominada ‘multimétodos’, ‘métodos mixtos’ o ‘triangulación metodológica’, se posiciona como una estrategia combinada en la actualidad, permitiendo unir posturas, que en el pasado se encontraban enfrentadas.

Los diferentes autores y autoras que postulan la combinación de paradigmas, consideran que esto permite una mejor oportunidad de acercarse a los problemas de investigación. La incorporación de datos como imágenes, narraciones o verbalizaciones de los participantes, ofrece un mayor sentido a los datos numéricos. La información cualitativa que se obtiene mediante la respuesta abierta de los cuestionarios del alumnado, así como la recogida a través del dibujo infantil describe las experiencias, actitudes, creencias y conductas relacionadas con la seguridad y la promoción (Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007; Mertens, 2007; Driessnack, Sousa & Mendes, 2007; Cameron, 2009; Pérez, 2011).

Según la clasificación propuesta por Rocco en 2003, esta investigación se acoge al tipo de MÉTODO MIXTO DE TIPO IV: investigación exploratoria, con datos cualitativos y análisis estadístico no paramétrico. Los resultados obtenidos en una de las fases sustentan la siguiente. Debido a la dificultad para clasificar las investigaciones de diseño mixto, esta tesis utiliza la llamada ESTRATEGIA CONCURRENT DE TRIANGULACIÓN. En palabras de Creswell (2008, 63) *un mismo estudio busca confirmar, correlacionar o corroborar. Utiliza alguna perspectiva teórica, en la interpretación busca la integración. Se recopilan datos cuantitativos y cualitativos simultáneamente.*

En la primera fase: se lleva a cabo una investigación exploratoria de carácter cualitativo, para identificar qué factores confluyen en la accidentalidad escolar. Se profundiza en el conocimiento de cómo operan estos elementos, qué relaciones se dan entre ellos y cómo son percibidas por los protagonistas.

En la fase segunda, de carácter cuantitativo no paramétrico, se realiza un estudio correlacional dirigido a identificar la posible relación que puede establecerse entre varios factores que operan en la realidad escolar analizada para describir esta situación, clasificar actitudes, predecir comportamientos o recomendar una intervención que tenga en cuenta esta variabilidad. La triangulación de instrumentos, y datos, como control de calidad en el análisis, permite contrastar datos para garantizar la veracidad de los resultados.

6.3. Sujetos

Se divide la población escolar de Educación Primaria de Navarra (N= 12.700) en grupos, escogiéndose como exclusivos los de edades comprendidas entre 8 y 9 años. Según las cifras recogidas en la Memoria del Consejo Escolar de Navarra, en el curso 2008/2009, el alumnado de 3º y 4º de Educación Primaria de todos los centros de la Comunidad Foral constituía un total de 12.700 escolares.

Se escoge como criterio de selección de los participantes la variable *curso escolar 3º o 4º de EP*, y el diseño de la muestra se hace en relación a esa variable. Se decide este grupo de edad porque estudios epidemiológicos previos evidencian un aumento de siniestralidad en esta etapa. La edad de mayor vulnerabilidad comprende tres períodos: 12-24 meses, cinco/seis años y a partir de los 9 años. La muestra escogida, por lo tanto, resulta ser idónea para llevar a cabo intervenciones preventivas y adoptar conductas seguras, promotoras de salud y proactivas.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha tenido en cuenta la fórmula de la *distribución muestral de la media* (Morales, 2011). La muestra de 3º y 4º de EP está formada por (n=584) El nivel de confianza elegido es de un 95%, con un $\alpha = 0,05$ y una $z = 1,96$.

6.4. Instrumentos

Cuestionario y testimonio gráfico infantil (dibujos y eslóganes).

Se trata de un cuestionario elaborado a partir de las investigaciones previas respecto a la accidentalidad infantil dirigido al alumnado de 8-9 años. Mediante registros y observación directa en centros escolares de Pamplona y su comarca, en zonas de ocio, parques, lugares y momentos de actividad lúdica, junto con los datos aportados por los servicios de Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario de Navarra, se identifican los mecanismos implicados en los accidentes en esta etapa.

En estos trabajos previos se ha tenido en cuenta la opinión de los adultos, bien de los docentes o de los profesionales de la salud. Este binomio se transforma en la triada, profesorado, profesionales de salud, alumnado al incluir a este último en el eje que sustenta la comprensión de la accidentalidad escolar desde una triple perspectiva. Fruto de sus reflexiones y experiencias responden a las preguntas que conforman el cuestionario, que se ha sometido a la valoración de jueces expertos (Gabari & Pollán, 2009). Se trata de un cuestionario de 4 preguntas que según su tipo de respuesta se pueden clasificar en abiertas o cerradas, de respuesta espontánea o de respuesta sugerida de valoración. (Anexo 2).

La primera pregunta es cerrada y, en función de la respuesta se abre otro interrogante para explicar su contestación. 1) ¿Crees que se accidentan más los niños o las niñas? ¿Por qué? La segunda pregunta mantiene la estructura de la anterior. 2) ¿Crees que se pueden evitar algunos accidentes que se producen en la escuela? ¿Cuáles? La tercera pregunta es abierta. 3) ¿Cómo los evitarías? La cuarta pregunta es de respuesta múltiple. Se puede escoger la respuesta que consideren más adecuada. 4) Señala lo que creas más frecuente (tacha). Por último existe una pregunta no numerada. ¿Te gustaría añadir algo?

Se edita en castellano y en euskera, en colores, con un formato sencillo, adecuado a las características perceptivas y cognitivas de la edad a la que va dirigido. Se cumplimenta en el contexto natural del aula con el tutor o la tutora. Posteriormente se propone como técnica complementaria la realización de un

dibujo libre y /o creación de eslóganes, relacionados con la temática de la prevención. El profesor o la profesora lee en voz alta las cuatro preguntas, por si existe alguna duda y explica de manera sencilla como tienen que rellenarlo. La duración en conjunto es de 50 minutos.

6.5. Procedimiento

La recogida de información tuvo lugar en el año 2009. La presentación del proyecto a los centros se hizo por correo ordinario, durante el mes de Enero. Una vez confirmado su deseo de participar, telefónicamente o a través de correo electrónico, se establecieron reuniones presenciales de los integrantes del grupo de investigación con los docentes y los miembros equipos directivos (Febrero– Marzo). Se estableció un período de tres semanas para la realización y recogida del cuestionario (16 de Marzo-6 de Abril). El tutor/a estuvo en el aula mientras se desarrolla la actividad acompañado/a de un investigador/a del equipo. Los propios investigadores fueron quienes recogieron “in situ” los cuestionarios cumplimentados.

Un primer análisis de esta información se presentó en el año 2009, como parte de un proyecto de investigación subvencionado por el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. Por motivos ajenos a la propia investigación entre los años 2010 y 2012 se ralentiza el ritmo de ejecución del proyecto, retomándose a finales del año 2012 para conformarse como lo que hoy constituye esta tesis doctoral.

En el año 2013 se reactiva la revisión bibliográfica sistemática para actualizar los conocimientos sobre el tema. Las fuentes utilizadas combinan consultas de documentos y bibliografía a través de búsquedas en bases de datos a nivel nacional e internacional: artículos publicados, libros, búsquedas en red, etc. Entre las bases de datos bibliográficas consultadas (BDB) se han incluido algunas en castellano como Dialnet, Bases de datos del CSIC y Cuiden. La consulta en Scopus, Cinhal, Pubmed, ISI Web of Knowledge y ProQuest Education Journales, Google Scholar, entre otras, ha permitido el acceso a fondos documentales en inglés, indexadas por orden de importancia.

Se ha complementado esta información con la publicada por organismos implicados en la Educación para la Salud en la Escuela, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Escuelas de Salud para Europa (SHE), Asociación Europea para la Prevención de Lesiones y Promoción de la Seguridad (Eurosafé) y Centro de Innovación Educativa (CIDE).

Tras una primera búsqueda abierta de los términos *educación primaria*, *salutogénesis*, *promoción de la salud*, *seguridad escolar*, *conductas promotoras de salud*, *convivencia*, *habilidades para la vida*, se realiza una formulación correcta en cada base de datos planificando un lenguaje controlado combinado con los operadores booleanos (AND, OR, NOT). La selección de artículos y documentación consultada se centra en los últimos 10 años (2005-2015). Sin embargo, como es habitual en este tipo de investigación a largo plazo, existen contribuciones de autores/as destacados en años anteriores que se han incluido por considerarse un referente en este ámbito del saber.

En el segundo semestre del año 2013 se define el diseño mixto y se comienza a organizar el análisis de la información que se lleva a cabo durante el año 2014. La redacción y organización del manuscrito tiene lugar en el año 2015. Esta secuencia queda recogida en el cronograma adjunto en la Tabla 15. Realmente todas las fases están interconectadas y en todo este tiempo se superponen muchas de las actividades presentadas. Sin embargo, se ha considerado oportuno clasificar estos períodos para observar la consecución de la investigación.

Tabla 15. Cronograma de ejecución de la tesis doctoral

	Primer Semestre	Segundo Semestre
2009	Recogida de información	Presentación de la Memoria del Proyecto de Innovación Educativa Gobierno de Navarra
2010-2012	Período de ralentización: motivos externos	
2012		Reactivación del proyecto Compromiso de tesis doctoral
2013	Búsqueda bibliográfica	Formulación del diseño mixto: organización de la información
2014	Análisis de los datos (Fase Cualitativa)	Elaboración del análisis de los datos (Fase Cuantitativa)
2015	Redacción del manuscrito. Elaboración de los resultados y conclusiones	Evaluación de la comisión de la Escuela de Doctorado: prueba de seguimiento
2015		Depósito de la tesis doctoral
2016	Defensa de la tesis doctoral	

6.6. Análisis

En la primera fase de análisis cualitativo se interpreta el contenido del dibujo y de las preguntas de respuesta narrativa. En la segunda, se realiza el análisis cuantitativo en la que, mediante un sistema de variables se recodifican las respuestas de la primera fase para poder someterlas a un análisis estadístico (Figura 25).



Figura 25. Método mixto. Fases de la investigación

El tratamiento de la información aportada por métodos cualitativos se lleva a cabo mediante el análisis de contenido de información escrita e icónica recogida en el texto narrativo y en las imágenes del testimonio gráfico infantil. En PRIMER LUGAR, se procede a la extracción de las categorías identificadas en las respuestas abiertas del cuestionario y las que sustentan el contenido del dibujo, que conformarán tres dimensiones. Todas las categorías se codifican numéricamente constituyendo las variables que se someten a un tratamiento cuantitativo posterior, empleando el programa estadístico SPSS.

En SEGUNDO LUGAR, se calcula la validez factorial y la fiabilidad (alfa de Cronbach) del cuestionario recodificado, junto con un análisis descriptivo de medidas de tendencia central y dispersión habituales. En TERCER LUGAR se lleva a cabo un análisis de contingencia para estudiar la asociación entre las variables género, edad, procedencia rural/urbana, lengua y el resto de variables relacionadas con la percepción de accidentes escolares. Se utiliza una distribución Ji-Cuadrado que pone a prueba la Hipótesis Nula de independencia estadística. POR ÚLTIMO y con el objeto de analizar la dimensionalidad del cuestionario y del dibujo libre, se procede a realizar un análisis de componentes

principales, con posterior rotación varimax que permite agrupar los factores subyacentes que expliquen las correlaciones entre las variables.

En el caso de los datos cuantitativos, se plantea que un análisis no paramétrico (correlación inter-factores, análisis factorial del cuestionario, el análisis de contingencias) permite describir comportamientos de las variables de la muestra seleccionada, mediante el coeficiente de correlación de Pearson por ser un índice de fácil ejecución e interpretación. Sus valores absolutos oscilan entre 0 y 1. Si se contempla el signo el coeficiente oscila entre -1 y +1. La magnitud de la relación viene especificada por el valor numérico del coeficiente. $0 \leq r_{xy} \leq 1$. Se puede considerar como punto de partida de posteriores estudios paramétricos que permitan generalizar los resultados a la población de 8-9 años.

Para el cálculo de la validez estructural del cuestionario se ha utilizado la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP), ya que esta técnica multivariante permite el tratamiento conjunto de las variables observadas reduciendo así el número de datos y consiguiendo identificar un grupo de variables ficticias formadas a partir de la combinación de las anteriores observadas. De esta forma podemos sintetizar los datos y relacionarlos entre sí, sin elaborar ninguna hipótesis previa sobre lo que significa un factor inicial.

Para control de calidad empleamos la Triangulación. Una de las prioridades de la triangulación de las respuestas del cuestionario y la representación gráfica infantil es aumentar la validez de los resultados y disminuir los problemas de sesgo. Se consigue así una amplitud de comprensión de la realidad estudiada. Denzin (1970) establece diferentes maneras de utilizar los procedimientos de triangulación, organizando las posibilidades y alternativas para escoger la más adecuada según el tipo de estudio. Existen cinco tipos de triangulación: de datos, de informadores, de métodos, de teorías y múltiple. En este trabajo se recurre a la triangulación múltiple utilizando simultáneamente dos procedimientos de los anteriores: triangulación de datos y de métodos.

En el caso de la triangulación de métodos, esta primera aproximación cualitativa se refuerza con el tratamiento cuantitativo posterior que permite afianzar los resultados corroborando la fiabilidad de los mismos. La fuerza explicativa de los métodos mixtos defendida por Creswell (2008) hace posible abordar

conjuntamente factores provenientes de diferentes aproximaciones que se entretejen en el ámbito de la promoción y la seguridad escolar. El uso de ambas informaciones permite una buena aproximación a los factores implicados en los accidentes escolares, ya que no sólo se describen regularidades en las variables que intervienen en su génesis sino que también ofrecen un posible mecanismo subyacente a la relación que opera entre éstas.

Capítulo 7. Resultados y discusión

7.1. Participantes y variables sociodemográficas.

En este estudio han participado un total de 584 estudiantes de Educación Primaria. La muestra de niñas está formada por 290 sujetos y la de los niños es de 294. Ambos cursan 3º o 4º de Educación Primaria. Las características de la muestra se recogen en la tabla 16 y se representan gráficamente en figuras posteriores. Se trata como una muestra única, porque no existen diferencias significativas entre los 8-9 años en la lógica de su pensamiento.

Tabla 16. Características de la muestra

Participantes	Población 3º-4º EP 2008/09: 12700	Muestra: 594
Género	Niñas:290	Niños:294
Edad	8 años: 281	9 años:305
Pertenencia a centro escolar	Rural:252	Urbano:332
Lengua empleada	Euskera:121	Castellano:463

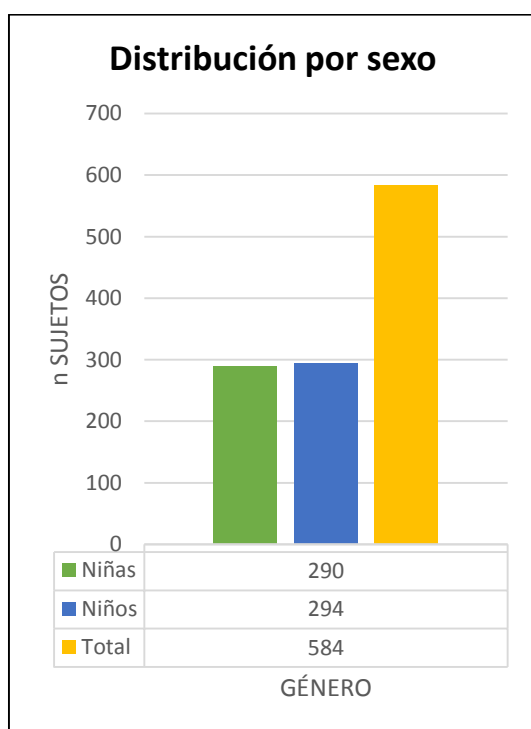


Figura 26. Distribución muestra por género

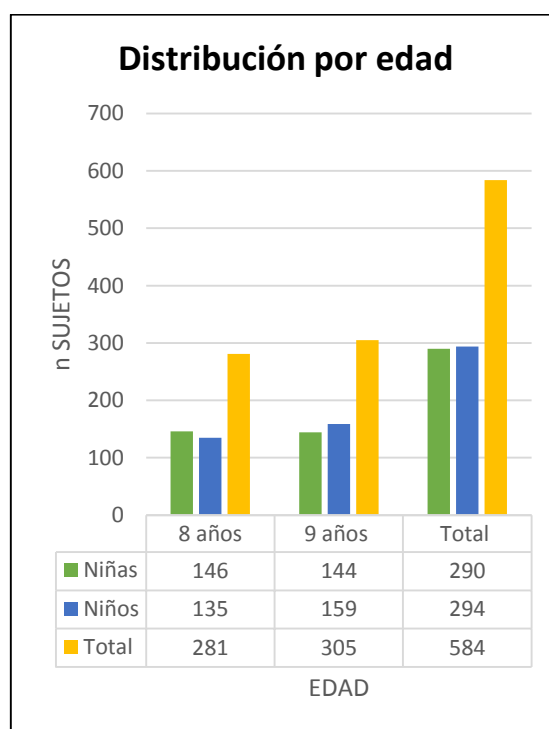


Figura 27. Distribución muestra por edad

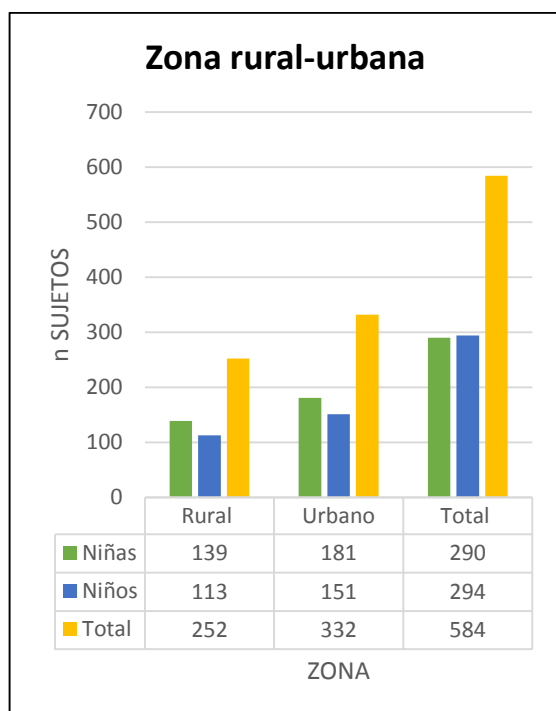


Figura 28. Distribución muestra por zona

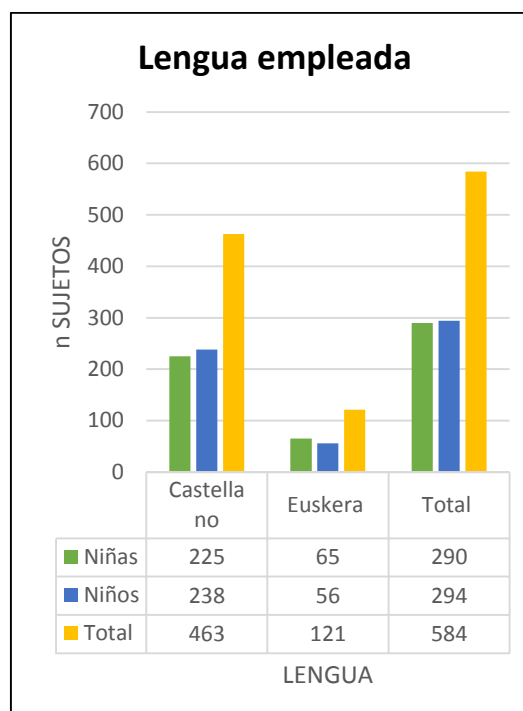


Figura 29. Distribución por lengua empleada

7.2. Análisis cualitativo

7.2.1. Cuestionario de percepción de accidentalidad escolar (CPAE) en 3º y 4º de Educación Primaria. Dibujo libre

7.2.1.1 Información de datos verbales. Análisis de contenido: Categorías emergentes. Identificación y descripción. CUESTIONARIO

Este primer análisis reconoce la variabilidad y riqueza de opiniones de los participantes y permite corroborar estos datos con los resultados que se obtienen mediante el análisis cuantitativo posterior, una vez codificadas las respuestas escritas de manera cualitativa (Rocco et al., 2003; Cresswell & Garrett, 2008; Cameron, 2009; Muñoz, 2013). La triada, conducta de riesgo-convivencia-prevención son tres dimensiones interrelacionadas que agrupan a múltiples categorías estructuradas en torno a la percepción de los accidentes.

Atendiendo a estos tres elementos, se establece un mismo criterio de selección y organización de las unidades de significado que definen las cualidades de cada una de las variables identificadas. Se trata de categorías emergentes que vinculan algunos elementos primordiales en el ámbito de la prevención tales como: factor de riesgo, causas frecuentes, condiciones favorecedoras, medidas

de prevención, valores de carácter general, demanda de ayuda, lesión involuntaria, consecuencias, resultados, inevitabilidad. Estos esbozos generales del fenómeno permiten una primera aproximación interpretativa.

7.2.1.2 Recodificación de variables

Una vez recopiladas las respuestas del cuestionario se ha procedido a la categorización de las preguntas 1, 2 y 3. En este sentido las respuestas se han clasificado en categorías atendiendo a criterios temáticos relacionados con los objetivos de esta investigación. En la tabla 17 se recoge esta codificación que se ha llevado a cabo mediante el programa QSR-N-VIVO v.10 para Windows/para Mac. El programa permite analizar los datos no digitalizados mediante un análisis de dos pasos. Se introducen los códigos (3 primeras iniciales de la categoría identificada) y se organizan posteriormente los datos para cada categoría, además de relacionar éstas para constituir las dimensiones que agrupan a estos constructos previos. A continuación se ejemplifican las categorías emergentes junto con la definición operativa y una selección de respuestas (indicadores) de las tres primeras preguntas y las múltiples opciones sugeridas en la pregunta cuatro.

Tabla 17. Categorías emergentes: Atribución de causalidad

1. ¿Crees que se accidentan más los niños o las niñas? ¹ ¿Por qué?				
Código	Categoría	Definición	Ejemplos (indicadores)	respuesta
CPE	Característica personal	Rasgo personal individual. Matiz constitutivo	“...son brutos...” “...son atolondrados...” “...son más movidos...”	
CDR	Conducta de riesgo	Comportamiento y actuación inadecuada	“...Se suben a las porterías...” “...corren por las escaleras...” “...no miran por donde van...”	
RDA	Resultado de accidente	Situación no intencionada que puede ser la causa del mismo	“...se resbalan y por eso se caen...” “...juegan a peleas y se hacen daño...”	
INT	Interrelación	Ejecución de juegos, convivencia y relaciones en la vida cotidiana	“...hacen como si fueran súper-héroes y se riñen...” “...quieren ser los más fuertes...”	

1. Respuesta codificada a nivel cuantitativo en apartados posteriores

A nivel general se observa que los niños y niñas manejan una gran cantidad de información en la cual está presente, en mayor o menor medida, la interrelación de elementos de la esfera física y emocional (Greenberg et al., 2003; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Davó, Torres & Gascón; 2014; Gabari & Sáenz, 2015). En sus explicaciones resulta relevante la cualidad del pensamiento ejemplificado en la Tabla 17.

La estructura del razonamiento causal difiere del razonamiento adulto. Los pequeños/as no siguen el esquema unívoco de causa-efecto en la atribución de un porqué. No tienen tan arraigadas las ideas previas y se cuestionan la multiplicidad de elementos implicados.

La factibilidad de la prevención de los accidentes se descubre en las creencias expresadas en la Tabla 18. De lo que se deduce que las estrategias de prevención expuestas en la parte teórica (OMS, 1998, 2003, 2008; DADO, 2007; Peden et al .2008, Mackay & Vincenten, 2012), alcanzan las metas propuestas en su ámbito de aplicación, en este caso, en la población escolar.

La capacidad de hacer frente a las demandas internas, ambientales y los conflictos que suceden, activa distintos procesos destinados a restablecer el equilibrio tras la sucesión de un accidente. La puesta en práctica de las destrezas y habilidades adquiridas para responder en situaciones nuevas o ya conocidas concede a las competencias seguras y promotoras de salud un papel dinámico y activo en el contexto real de los niños/as.

Tabla 18. Categorías emergentes: Mecanismos de evitación.

2. ¿Crees que se pueden evitar algunos accidentes que ocurren en la escuela?¹ ¿Cuáles?			
Código	Categoría	Definición	Ejemplos respuesta (indicadores)
ACC	Accidente	Situación inesperada de riesgo que conlleva alteración de la rutina habitual y puede dañar físicamente a las personas	“...los que pasan por hacer el bruto...” “...sí, los que hacen que te salga sangre...”, “...caídas, puntapiés...”...choques, balonazos...”, “...que no pongan el pasillo tan resbaladizo...”
CONV	Convivencia	Vivencia común de su día a día con sus iguales y otros miembros de la comunidad educativa	“.... los que pasan cuando hay peleas...”, “.....los que se hacen los chulos”, “...las que ya no son amigas...”
MDA	Mecanismo de ayuda	Modos de auxiliar al sujeto que está en situación de riesgo	“...avisando en el comedor a la monitora...”, “...con vigilancia de profesoras en el patio...” “...ayudándome un compañero o compañera...”, “...llamando a Javier...”
EVO	Evitar otros	Circunstancias personales y materiales diversas implicadas en la ocurrencia o no de los accidentes	“...los que te obligan a saltar tan alto...”, “...porque pasan sin que te des cuenta...”

1. Respuesta codificada a nivel cuantitativo en apartados posteriores

Las creencias respecto a los distintos elementos implicados en la aparición de la ocurrencia de sucesos lesivos se recogen en la última pregunta. La escasez de estudios a nivel nacional e internacional respecto a la seguridad escolar se pone de manifiesto en los informes elaborados por organismos como la Alianza Europea de Seguridad Infantil. En relación a ellos, Sosnowska & Kostka en 2003 otorgan a la prevención de accidentes en la escuela un papel relevante para minimizar estos últimos y proponen la implementación de programas de prevención de accidentes en los centros escolares.

Reforzando estos hallazgos, las estadísticas respecto a la accidentalidad infantil llevadas a cabo por autores como Kochanek et al. (2012), Mackay & Vicenten

(2012) sitúan a los accidentes como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la UE en el tramo comprendido entre los 0-15 años. Defienden además, que las campañas preventivas insisten en contextos de riesgo extraescolares. Otros estudios ponen de manifiesto que entre las debilidades detectadas en las campañas de prevención de accidentes es la falta de un desarrollo sistemático de estas actividades (Gabari & Pollán, 2009; Gairín & Castro, 2011).

Como apuntan Garaigordobil y Maganto (2011), las conductas de prevención, de reflexión, de restitución de la conducta negativa, fomentan la empatía e inciden positivamente en la capacidad de resolución cooperativa de conflictos. La percepción de los niños/as sobre sus propias vivencias nos descubre un pensamiento complejo respecto a las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica estos pequeños y pequeñas en lo que a los accidentes escolares se refiere (ver Tabla 19).

Tabla 19. Categorías emergentes: Estrategias de afrontamiento

3. ¿Cómo los evitarías? ¹			
Código	Categoría	Definición	Ejemplos respuesta (indicadores)
CDP	Conductas de precaución	Adquisición de hábitos de cautela y comportamiento seguros	<i>“...Cautela tendrás si en el hospital no quieres entrar...”</i>
RCS	Respetando señales	Comprensión/interpretación del significado de las mismas para regular las actuaciones	<i>“..es top a los accidentes...”, “...peligro, suelo resbaladizo...”, “...atención, niños jugando...”</i>
ECR	Evitación de conductas de riesgo	Adopción de comportamiento prudente que minimice los peligros	<i>“...en patinete y bicicleta con casco en la cabeza...”, “...el cinturón abrochado para no salir volando...”, “...si corres por las escaleras te harás una brecha...”</i>
DAA	Demanda ayuda adulto	Solicitud de la participación del adulto para mediar en los conflictos o en las situaciones que entrañen peligro	<i>“...no bajes solo, avisa a un mayor...”, “...pide ayuda con tijeras, siempre que no puedas...”</i>
CPO	Convivencia positiva	Mantenimiento de relaciones entre iguales y otros miembros de la comunidad educativa con un componente proactivo	<i>“...ser más amigos y dejar que jueguen todos...”, “los pequeños y mayores juntos somos mejores”</i>
CNE	Evitación convivencia negativa	Disminución de conflictos y reflexión sobre los mismos	<i>“...no pegues si no quieres que te peguen a ti...”</i>
RCN	Restitución de la conducta negativa	Petición de perdón y adopción de conciencia de que nuestras acciones pueden perjudicar a los demás (empatía)	<i>“... ¿te has hecho daño?...”</i>
AMP	Arbitrar mecanismos de prevención	Adopción de unos mecanismos preventivos para lograr una actitud de seguridad que minimice los peligros	<i>“...hoy no te has caído porque ibas tranquilo...”, “...lo importante es participar, no ganar...”</i>
VCG	Valores de carácter general	Adquisición de actitudes de respeto, tolerancia, altruismo, conciencia medioambiental	<i>“...juega con deportividad...” “no abuses de los pequeños”</i>

En cuanto a las respuestas a la última pregunta abierta encontramos quienes describen algún accidente padecido (“...*me clavé un clavo en la portería...*” Niño de 8 años centro rural), demandan ayuda del adulto (“...*yo pondría más profesores en el patio y que jugaran con nosotros...*” Niña de 9 años, centro urbano), aluden a estilos de convivencia muy negativos (“...*que los de la otra clase no se metan con nosotros...*” Niño de 9 años centro urbano, “...*que los mayores no traten tan mal a los pequeños...*” Niña de 8 años, centro rural) y hay quien nos felicita por recoger la información y contar con ellos (“...*me ha gustado pensar en estas cosas...espero que volváis a hacerlo el próximo curso...*” Niña 9 años centro urbano).

7.2.1.3. Información de datos icónicos. Análisis del contenido del testimonio gráfico infantil: dibujos y eslóganes

El dibujo ha sido empleado en el psicodiagnóstico escolar, cuyo objetivo fundamental es la evaluación de la conducta del niño. A través del mismo se pueden investigar factores y conductas de riesgo, además de intuir elementos que promueven conductas resilientes y de salud positiva (Flanagan, Motta, 2007; Maganto y Garaigordobil, 2009; Wechsle, Prado, Oliveira, & Mazzarino, 2011; Callejo, 2014).

Las formas de conducta libre o espontánea se reflejan en el contenido del dibujo y en las respuestas de texto abierto. Se expresan tal y como son, sin restricciones o convencionalismos de los adultos que impidan la manifestación de su personalidad. Siguiendo la metodología “dibuja, cuenta y escribe”, como ya se ha apuntado en el capítulo precedente, los niños y niñas representan sus acciones cotidianas expresando libremente su manera de interpretar el entorno. La participación escrita y la creación plástica refleja un mundo edificado por los adultos habitado por los protagonistas infantiles (Horstman, Aldiss, Richardson & Gibson, 2008).

La metodología propuesta por Acaso en el año 2000 confiere a las representaciones plásticas infantiles un papel vehicular fundamental en lo que se refiere al eje de comunicación y representación. La simbolización, la expresión y la creatividad recogida en los 584 dibujos que conforman una parte

de esta investigación pretende ser un exponente de cómo, paralelamente al desarrollo de la expresión plástica infantil, se pueden desarrollar otras actividades transversales (toma de conciencia de riesgos, búsqueda de recursos...). Angell, Alexander & Hunt (2014) repasan el modelo narrativo y pictórico a través del cual los niños comunican sus experiencias. A modo de ejemplo se recogen algunos testimonios gráficos y escritos, fuente de información idónea para la formulación de intervenciones educativas partiendo desde los intereses y necesidades de nuestros pequeños y pequeñas. Así ven el tema:



Figura 30. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. Consecuencias de accidente.

Las categorías identificadas en el testimonio gráfico, se recogen a partir de sus creaciones. En este caso se trata de categorías apriorísticas de la propia ocurrencia de los accidentes y de las respuestas al cuestionario. Han sido construidas antes del proceso recopilatorio de la información y actúan como conceptos objetivadores y recurrentes que mantienen coherencia con la información del primer instrumento. Este abordaje cualitativo, ha permitido cifrar la representación infantil, paso previo para su posterior recodificación y análisis estadístico. Se agrupan las respuestas en dos **dimensiones**. Una primera, que pretende dar respuesta a la **causa de los accidentes** y una segunda que incluye el establecimiento de **medidas de prevención**.

Tabla 20. Dimensiones apriorísticas de análisis de contenido de los dibujos

Dimensión	Categoría	Definición	Nivel
CAUSA	Convivencia de signo negativo	Disminución de conflictos y reflexión sobre los mismos	Relacional
	Conductas de riesgo	Comportamiento y actuación inadecuada	Personal
	Intervención en el entorno	Adaptación a la situación real de cada individuo	Contextual
PREVENCIÓN	Prohibición Conductas de riesgo	Regulación normativa de las actuaciones evitables	Normativo
	Desarrollo de hábitos de cautela y precaución	Adquisición de hábitos de cautela y comportamiento seguros	Competencial
	Interpretación de señales	Comprensión/interpretación del significado de las mismas para regular las actuaciones	Perceptivo-cognitivo
	Fomento de valores de convivencia positiva	Mantenimiento de relaciones entre iguales y otros miembros de la comunidad educativa con un componente proactivo	Relacional
	Reposición	Petición de perdón y adopción de conciencia de que nuestras acciones pueden perjudicar a los demás (empatía)	Ético
	Demanda adulto	Solicitud de la participación del adulto para mediar en los conflictos o en las situaciones que entrañen peligro	Afectivo
	Demanda infraestructuras	Solicitud de espacios adecuados a las necesidades percibidas	Reflexivo-crítico

Este esquema se mantiene en el tratamiento estadístico del apartado de resultados cuantitativos, que establece la correlación de variables en ambas dimensiones.

DIMENSIÓN 1: CAUSALIDAD, ORIGEN DEL ACCIDENTE

Existen tres grandes categorías que pueden explicar la causalidad de estas lesiones, que conforman esta primera dimensión: **causalidad, origen del accidente** por *convivencia de signo negativo*, como pegar, reñir, agredir, insultar, empujar, etc. El abuso en situación de desigualdad de fuerzas, se subdivide por razón de sexo y edad (niños mayores frente a pequeños y niños frente a niñas). Teniendo en cuenta que en esta edad se participa de juegos de reglas, no se ha alcanzado todavía el suficiente nivel de madurez para adoptarlas en cualquier situación. Por eso el disfrute con otros niños y la cooperación puede verse mermada por esta falta de habilidad (Piaget 1987, Piaget & Inhelder, 2013). La conciencia de sí mismo como sujeto social supera la mera obediencia para evitar el castigo apareciendo el respeto a las normas, por solidaridad y justicia.

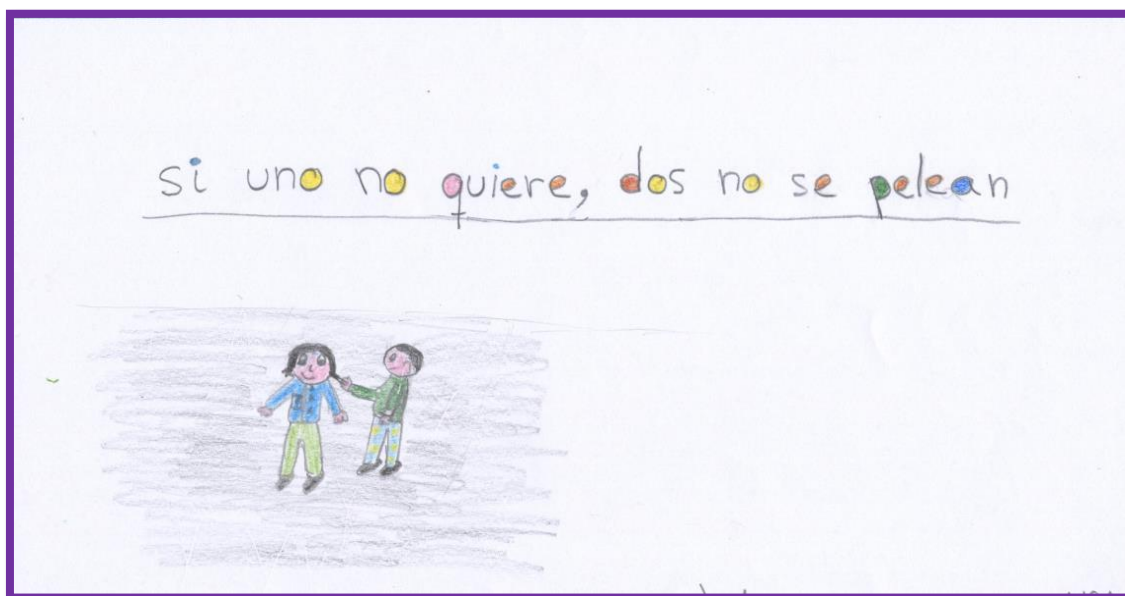


Figura 31. Dibujo de niña de 9 años de centro urbano *Si uno no quiere, dos no se pelean*.



Figura 32. Dibujo de niño de 8 años centro rural. Portería



El gusto por el riesgo y el interés por explorar nuevas situaciones conforma la segunda categoría, resultados que evidencian o representan *conductas de riesgo*. Este tipo de comportamiento aparece reflejado en sus dibujos. Encontramos que representan sus tendencias, gustos o necesidades por: subir a los árboles, colgarse de las porterías de fútbol, balancearse en la silla, asomarse excesivamente por la ventana. También se aprecia un uso incorrecto de los utensilios cortantes (tijeras); ponen los dedos en las bisagras de las puertas y de los armarios; corren por los pasillos, tanto los exteriores, con afluencia de alumnado fuera del aula, como por los estrechos entre mesas.

Bajan las escaleras con excesiva rapidez, sin mirar, se empujan y se chocan con un igual; usan de manera arriesgada los elementos de juego y de ocio como los columpios, piscinas, toboganes, etc.; tiran balonazos sin medir la consecuencia en el contexto (Kontos, 2004; Morrongiello & Lasenby-Lessard, 2007; Little & Wyver, 2010).

Por otro lado también se manifiestan en este sentido conductas de autorregulación y asunción de norma, tal vez más como “obediencia” al código del adulto que por propia iniciativa de prevención, pero al menos sí relacionan comportamientos de cuidado con evitación de riesgos como se aprecia en las Figuras 33 y 34.



Figura 33. Dibujo de niño de 9 años de centro urbano. *Bajamos en fila las escaleras*



Figura 34. Dibujo de niño de 8 años de centro rural. *Riesgo de golpes*

Los *resultados de inadecuada intervención en el entorno* constituyen la tercera categoría. Comprende el incumplimiento de normas de tráfico (al cruzar, sin mirar o sin esperar al semáforo), hábitos no saludables: tirar objetos al suelo (papeles, cáscaras de plátano, etc.). El consumo de sustancias tóxicas: alcohol, tabaco, drogas..., la provocación de fuego o intoxicación química (ingesta, contaminación) así como las consecuencias fortuitas por mantenimiento deficitario de juegos, pavimentos, raíces, son otras de las atribuciones del *porqué* de estos acontecimientos.

Los factores personales se incluyen en la clasificación elaborada por Gabari y Sáenz en 2015 que hace referencia a los factores implicados en los accidentes: a) ambientales, b) mecanismos/agentes y c) personales. La separación de los factores determinantes en la ocurrencia de un accidente, es cuando menos, un artificio de análisis para comprender la dimensión compleja del problema y enfocar las medidas de prevención pertinentes. Este hecho guarda un paralelismo con el desarrollo del SOC propuesto por Antonovsky y adoptado por Bruce y McGrath (2005) como requisito básico para impulsar la prevención en el propio contexto educativo.

DIMENSIÓN 2. ACTITUD PROACTIVA

Esta dimensión, denominada establecimiento **de medidas de prevención** incluye las categorías que hacen referencia a conductas y actuaciones que minimicen estos sucesos. Entre ellas la *prohibición de conductas de riesgo* como sentarse mal, acercarse a lugares (ventanas), manipular objetos (tijeras), *desarrollo de hábitos de cautela y de precaución*: atención-observación (agudeza sensorial), autocontrol corporal. La *interpretación de señales*: colocación de signos visuales (imagen y mensaje escrito) o la emisión de sonidos (campana). La adopción de estas actitudes evidencia que verdaderamente las actividades de promoción de la salud llevadas a cabo en estas edades ha surtido el efecto deseado.

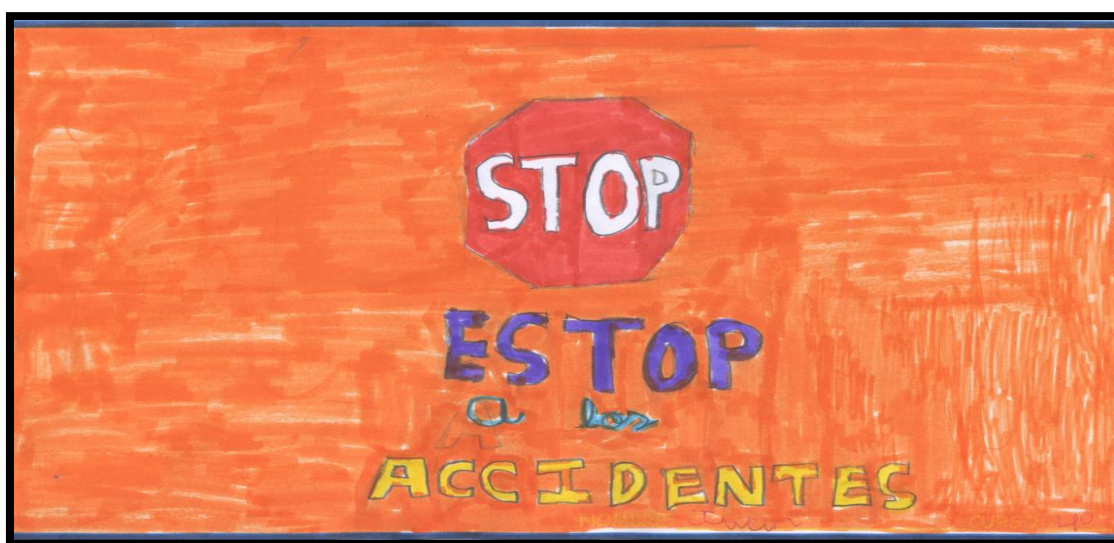


Figura 35. Dibujo de niña de 8 años centro urbano. *Estop a los accidentes*

La promoción de la salud como estrategia para la acción propuesta por la OMS en 2012, los principios de la red SHE, las propuestas de la EpS en la escuela, etc., ponen de relieve la necesidad de responder a las demandas de salud desde la perspectiva de los actores implicados. Las actuaciones en el entorno escolar ofrecen al alumnado escenarios reales de aprendizaje como parte del currículo implícito u oculto. Es la propia realidad que ellos muestran a través de las respuestas del cuestionario la que nos conduce a una intervención y cuestiona o plantea problemas por resolver en el ámbito de la prevención y promoción de la salud (Hundeloh y Hess, 2003; Zabala & Arnau, 2008; Burgos, 2011).

El *fomento de valores de convivencia positiva*: amistad, respeto, diálogo, reciclaje y la *reposición del comportamiento*: pedir perdón, junto con la *demandas de ayuda del adulto*: decirle al profesor y la *demandas de infraestructuras seguras* como el carril bici, constituyen otras de las medidas de prevención. El desarrollo de estos factores de protección que promueven la resiliencia o los recursos generales de resistencia (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2006) reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos. La protección se entiende como un proceso que modifica, mejora o resuelve la respuesta de una persona a algún peligro y que predispone a un resultado adaptativo.

Las personas adultas, en este caso los/as docentes, cuidadores/as y otros/as, a las que aluden estos/as pequeños/as constituyen un ejemplo de la cercanía que estos adultos muestran con el alumnado. Los profesores/as ayudan a los alumnos/as a comprenderse a sí mismos y a los demás y a comprender las situaciones que acontecen diariamente. El respeto propio, junto con el establecimiento de vínculos afectivos positivos, está presente en esta segunda dimensión, que nos introduce en el componente actitudinal y en el desarrollo de valores de carácter general referidos en estudios como los de Feldt, Kokko, Kinnunen & Pulkkinen (2005), García-Moya, Moreno & Rivera (2013) y Schaal (2014).



Figura 36. Dibujo de niño de 8 años de centro rural. Elementos implicados en los accidentes.

En estas edades se puede empezar a forjar un enfoque positivo de salud. El propio alumnado es un activo según el modelo competencial propuesto por Gabari y Sáenz en 2015. La capacitación o el empoderamiento conlleva aprender a conocer, a ser, a aprender y a vivir, según los pilares propuestos por Delors (1996). La acción competente se desarrolla en diversos contextos de prevención y evitación de accidentes.



Figura 37. Dibujo de niña de 9 años de centro urbano. Desarrolla valores de carácter general: paz, tolerancia, convivencia.

El análisis cualitativo en conjunto nos permite afirmar que en los niños/as existe una creencia generalizada de que es posible evitar los accidentes que ocurren en el entorno escolar. El análisis de contenido del cuestionario y del dibujo infantil

arroja una multiplicidad de causas que los originan, que se agrupa en 3 dimensiones en el cuestionario y en otras 2 en el dibujo. Su integración se aborda en el apartado siguiente de triangulación de instrumentos.

7.2.1.4. Triangulación de instrumentos

Como ya se ha señalado en el capítulo de material y métodos, en este trabajo se recurre a la triangulación múltiple utilizando simultáneamente dos procedimientos: triangulación de datos y de métodos (Denzin, 1970).

Existen dos instrumentos de recogida de información: el cuestionario y el testimonio gráfico. La verificación y comparación de los datos del proceso de categorización realizada en distintos momentos han sido esenciales para elaborar el análisis y la redacción de los resultados. El hecho de categorizar al mismo tiempo la información, ha supuesto ampliar las *dimensiones del cuestionario*, que en este caso se agrupan en tres: **causalidad, predisposición: actitud proactiva y afrontamiento**, que guardan un paralelismo con las *dimensiones del dibujo* denominadas: **causalidad y establecimiento de medidas de prevención** (afrontamiento).



Figura 38. Triangulación de lenguaje escrito e icónico

Los primeros hallazgos muestran que los y las participantes aportan una variedad de información referente al tema de la promoción y prevención, implicando desde aspectos físico corporales y medioambientales, hasta la interpretación de códigos y lenguajes, pasando por la reflexión y planteamiento

personal de una ética de convivencia. Esta variedad queda recogida en un esquema perceptivo integrado por tres ámbitos:

1. **COGNITIVO:** la atribución de causalidad a los accidentes escolares supone por parte de los niños/as un ejercicio de reflexión y ejercitación de las habilidades de pensamiento. Las respuestas del cuestionario abarcan no sólo la esfera física sino el ámbito relacional. En los dibujos, los niños y niñas aparecen en el patio con los compañeros/as, con adultos, representando situaciones cotidianas. El enfoque constructivista de la educación propuesto por Ausubel, (1976), Vigotsky (1979, 2013) e Inhelder (2013), entre otros, cobra sentido en la parte empírica de la recogida de datos, ya que la reflexión sobre situaciones de riesgo mediada por el adulto (en la situación de investigación) actúa como ZDP en las que las interacciones entre los propios niños y los adultos son fuente de aprendizaje activo, en este caso, de prevención y adopción de conductas seguras.
2. **EXPECTATIVAS:** La indagación de estos pequeños/as en las repercusiones que las lesiones no intencionadas pueden tener sobre sí mismos y sobre los demás, pone de manifiesto su capacidad de empatía y de comprensión de la perspectiva de los otros, como se ha referido en capítulos previos (Garaigordobil, 2002). La conciencia emocional, la percepción de los sentimientos propios y ajenos se reflejan en las caras de los niños y niñas que han dibujado: niños/as tristes, enfadados, llorosos, alegres, pidiendo perdón, peleando, prudentes, arriesgados, sonrientes, etc. Incluso el contexto ambiental y el colorido del dibujo cambia en función del estado anímico expresado: día soleado, colores brillantes en situaciones positivas, señales de precaución o de prohibición, etc. Siguiendo el planteamiento propuesto por Bisquerra (2003) y las investigaciones de inteligencia emocional (Gardner, 1998; Goleman, 2012), el esquema perceptivo-infantil contempla esta dimensión proactiva en una doble dimensión individual-relacional. En la construcción de un entorno escolar más seguro contribuir a la comprensión de los sentimientos de forma precisa y apropiada es tarea de todos/as, razón

que nuevamente nos lleva a reafirmarnos en la necesidad de incentivar el aprendizaje de las competencias emocionales como un requisito más para la salud y el bienestar.

3. ESTRATEGIAS: Los mecanismos de afrontamiento identificados por estos niños/as abarcan una amplia gama de actuaciones que comprenden: la adopción de conductas de precaución (bajar en orden las escaleras, mirar antes de lanzar el balón, no pisar un suelo resbaladizo....), respeto de señales (no entrar en lugares no autorizados, tener en cuenta que están transitando niños/as pequeñas...), evitación de conductas de riesgo (no subirse a las porterías, no jugar con las puertas, no usar el compás para jugar), evitación de la conducta negativa (no abusar de los pequeños, apropiarse de un espacio de recreo común y no cederlo a los demás), restitución de la conducta negativa (disculparse, pedir perdón, enmendar el daño), demandar la ayuda del adulto (solicitud de más profesorado en el patio o de más cuidadores/as en el comedor) , arbitrio de mecanismos de prevención (importancia de la actitud deportiva en Educación Física) y el desarrollo de valores de carácter general (respetar a los pequeños, tratar a los demás como desearían que les trataran).

En este ámbito entran en juego los constructos propuestos por Antonovsky (1979,1996) los GRRs y el SOC, ejes fundamentales del modelo salutogénico adoptado en esta investigación. En su metáfora del río de la vida estos componentes actúan como mecanismos que hacen que las personas ‘aprendan a nadar’, en este sentido, los niños y niñas manifiestan su empoderamiento y su dimensión como activos de salud individual y colectiva. Aplicado al ámbito de nuestra investigación, estos mecanismos de afrontamiento constituyen los GRRs de estos niños y niñas que contribuyen a desarrollar un SOC facilitador de la percepción de los riesgos del entorno, adaptarlos o modificarlos para ampliar la seguridad escolar. Esta flexibilidad y capacidad de superar los retos del entorno en lo que a la accidentalidad escolar se refiere es también una manera de actuar de manera resiliente tal como defiende Luthar (2000).

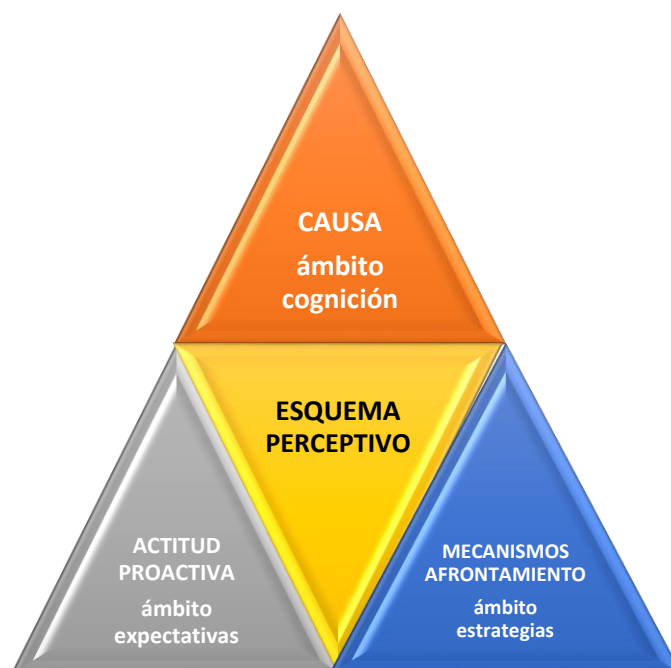


Figura 39. Esquema perceptivo-infantil de la prevención de accidentes escolares

7.3. Análisis cuantitativo

7.3.1. Descripción del conjunto de variables de las respuestas del CPAE:

Recodificación para el análisis estadístico

Para el análisis cuantitativo el formato de respuesta abierta (categorías) se ha codificado en variables. Las opiniones de los sujetos se agrupan en 32 variables. Para resumir estos datos se indica un valor central y un índice de variabilidad o dispersión que se muestran en la tabla Tabla 21.

Estos datos siguen una distribución normal, simétrica en torno a la media. Las variables 1 a 23 se basan en una escala comprendida entre 0 y 2. Observamos que en la mayoría de los casos todas ellas presentan una media alta y una desviación típica baja (<1). Existe una menor concentración de datos alrededor de la media en las variables referidas a la edad de mayor riesgo de accidentes, las acciones y elementos representados en el dibujo. Podemos considerar que existe un sesgo en la variable lesión representada porque la media y la desviación típica coinciden, bien porque se comportan como valores extremos o presentan otra peculiaridad en la forma de la distribución.

Tabla 21. Codificación de variables. Medidas de tendencia central

Número	Definición de variable	Media	Desviación típica	N del análisis
1	Más accidentes los NIÑOS	1,36	0,690	584
2	Añade porqué	1,20	0,402	584
3	Característica Personal	1,50	0,501	584
4	Conducta de riesgo	1,64	0,481	584
5	Resultado accidente	1,77	0,421	584
6	Interrelación	1,79	0,405	584
7	Pueden evitar	1,04	0,205	584
8	Añade cuáles	1,19	0,392	584
9	Accidente	1,57	0,497	584
10	Convivencia	1,46	0,500	584
11	Mecanismo de ayuda	1,79	0,405	584
12	Evitar otros	1,73	0,444	584
13	Añade cómo evitar	1,31	0,462	584
14	Conductas de precaución	1,61	0,490	584
15	Relacionado con señales	1,67	0,472	584
16	Evitación Conductas Riesgo	1,48	0,501	584
17	Demanda Ayuda Adulto	1,79	0,412	584
18	Convivencia POSITIVA	1,67	0,472	584
19	Convivencia NEGATIVA	1,62	0,486	584
20	Restitución Conducta Negativa	1,75	0,431	584
21	Emplear Mecanismos Ayuda	1,79	0,412	584
22	Arbitrar Mecanismos Prevención	1,75	0,434	584
23	Valores Carácter General	1,79	0,405	584
24	Edad más riesgo	6,89	1,965	584
25	Dibuja contenido	3,00	2,319	584
26	Dibuja lesión	4,86	4,860	584
27	Dibuja mecanismo	5,27	2,273	584
28	Dibuja personas	2,15	0,810	584
29	Dibuja elementos	5,82	2,827	584
30	Dibuja acciones	8,33	2,680	584
31	Dibuja señal gráfica	1,45	0,499	584
32	Dibuja mensaje	1,36	0,482	584

7.3.2. Análisis diferencial del CPAE en función del género, edad, lengua empleada y pertenencia a centro escolar urbano o rural.

Se realiza un análisis mediante tablas de contingencia para examinar la relación entre las variables cualitativas estudiadas y explorar como éstas se distribuyen en la muestra. Existe independencia entre todas las variables del cuestionario analizadas y las de edad, género y lengua empleada. La distribución de las variables es similar sea cual sea el nivel que examinemos de la otra. En lo que a esta investigación se refiere, la percepción de la accidentalidad no está condicionada por ser niño o niña, tener 8 o 9 años o utilizar la lengua castellana o el euskera en el ámbito escolar.

El estudio de la asociación entre las variables cualitativas género, edad, pertenencia a centro escolar rural y urbano, lengua y el resto de variables analizadas se ha realizado mediante la prueba de Chi Cuadrado. Estas variables cualitativas son estadísticamente independientes porque los valores de una variable no vienen influidos por la modalidad que adopte la otra variable. Se acepta la hipótesis nula de independencia basándonos en las informaciones proporcionadas por las frecuencias observadas contenidas en las tablas de contingencia. La muestra se ha sometido a las pruebas de **Contraste de independencia Chi cuadrado**: el valor de 0,05 establecido de acuerdo a un nivel de confianza del 95%. La tabla 22 recoge los resultados del análisis de las Pruebas de Chi cuadrado.

Estos resultados conducen a rechazar la primera hipótesis de trabajo (H_1) de la investigación que presupone *que existen diferencias significativas por razón de sexo en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante* y **aceptar la H_0** que ratifica que ***no existen diferencias significativas por razón de sexo en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.***

Se puede observar que la diferencia observada entre la variable pertenencia a centro escolar no es atribuible al azar. Se obtiene una significación cercana al 0%, con lo que para el nivel de significación habitual del 5%, se rechaza la hipótesis de independencia de la percepción de accidentes escolares según la

adscripción a centro rural o urbano. Se **acepta** la segunda hipótesis de trabajo (H₂) formulada que revela la **existencia de diferencias significativas por razón de pertenencia a centro rural o urbano en la interpretación de accidentes escolares expresada por la muestra participante.**

La independencia de la variable edad supone la **aceptación** de la tercera hipótesis elaborada que postula que **no existen diferencias significativas por razón de edad (8-9 años) en la interpretación de accidentes escolares expresada por la muestra participante.**

Tabla 22. Contraste de independencia entre variables cualitativas. Prueba de Chi Cuadrado

Variable cualitativa y resto de variables analizadas	Contraste de independencia Chi Cuadrado de Pearson			Asociación	H1	H0
	Valor	Gl	p			
Sexo	,798	2	,671	Independientes	Rechazo	Aceptación
Pertenencia a centro escolar	13,998	2	,000	Dependientes	Aceptación	Rechazo
Edad	,897	2	,334	Independientes	Aceptación	Rechazo
Lengua empleada	,658	2	,238	Independientes	Aceptación	Rechazo

Los valores de Chi Cuadrado conducen a **aceptar** la cuarta hipótesis que afirma que **no existen diferencias significativas por razón de lengua empleada (castellano/euskera) en la interpretación de los accidentes escolares expresada por la muestra participante.**

El análisis pormenorizado de la variable 'pertenencia a centro rural o urbano' con el resto de las variables codificadas se recoge en la Tabla 23. De este análisis se desprende que existe variabilidad en el modo de interpretar las lesiones escolares no intencionadas entre el ámbito rural y urbano. La atribución de una mayor accidentalidad en los niños, vinculado a una conducta de riesgo y a la interrelación induce a reflexionar sobre las posibles diferencias en las conductas y actividades de los escolares en estos dos contextos: rural y urbano. El contenido del dibujo y el empleo de mecanismos de ayuda, abre nuevos interrogantes que plantean la necesidad de llevar a cabo futuras investigaciones que profundicen en esta diversidad.

Tabla 23. Dependencia de la variable pertenencia a centro rural o urbano

Pertenencia a centro rural o urbano	Chi cuadrado de Pearson			Rechazo hipótesis Independencia
	Valor	Gl	p	
Se accidentan más los NIÑOS	43,204	2	,000	Dependiente
Conducta de riesgo	38,104	2	,000	Dependiente
Interrelación	13,998	1	,000	Dependiente
Añade cuáles	21,909	2	,000	Dependiente
Añade porqué	12,876	2	,000	Dependiente
Mecanismo de ayuda	17,423	2	,000	Dependiente
Valores de carácter general	13,636	1	,000	Dependiente
Dibuja lesión	123,36	7	,000	Dependiente
Dibuja contenido	96,877	8	,000	Dependiente
Dibuja mecanismo	104,27	7	,000	Dependiente
Dibuja elementos	96,636	8	,000	Dependiente
Dibuja acciones	84,094	9	,000	Dependiente

Los estudios epidemiológicos previos que suponen el punto de partida de esta investigación constatan una mayor incidencia de accidentalidad en niños varones (Pollán, 1999, 2001; SemFYC-Fundación Mapfre 2010). El percibirse como sujeto de riesgo, sobre todo por parte de los niños varones, no conlleva de manera directa a una menor ocurrencia de accidentes en el grupo de los chicos aunque, tal vez, tiene mayor efectividad en niñas ya que la incidencia evidencia que se accidentan menos que los niños.

La percepción de la accidentalidad según el género se recoge en la primera pregunta. Al contabilizar todas las opiniones recogidas (290 niñas y 294 niños) encontramos que tanto niñas como niños consideran que son los varones los que más se accidentan. Las respuestas constatan que no existe diferencia entre ambos sexos, en el mismo sentido que plantea Kontos (2004) quién destaca que los niños-varones subestiman el riesgo, pero sí se reconocen como objeto de lesión.

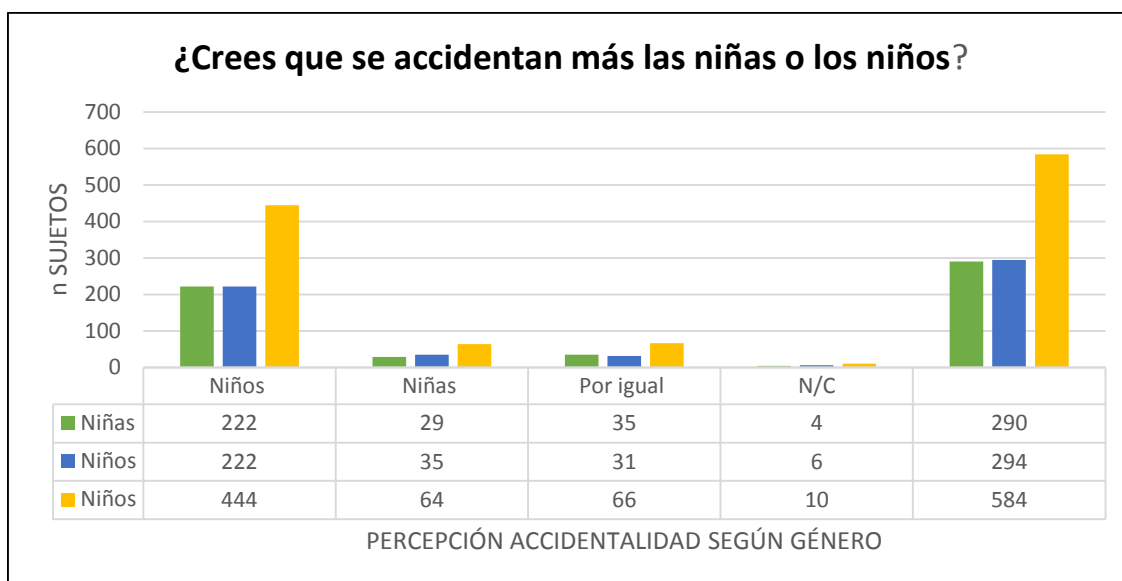


Figura 40. Creencia respecto a la accidentalidad por sexos

La tabla de contingencia nos permite tener información cruzada sobre ambas variables: de los 294 niños, 222 creen que se accidentan más los niños, 35 opina que las niñas y 31 que se accidentan por igual. Esta creencia mantiene una tendencia similar en el colectivo femenino. De las 290 niñas, 222 consideran que son los niños los que más se accidentan, 35 opinan que indistintamente y 29 considera que tienen mayor vulnerabilidad las niñas. La creencia de que existe una mayor accidentalidad en el sexo masculino no guarda relación con la pertenencia a uno u otro género, sino que existe una idea general de que son los chicos quienes más se accidentan, percepción ajustada a la epidemiología e independiente del género.

Esta opinión guarda relación con las cifras de incidencia y resultados de investigaciones previas (Mapfre, 2006; Gabari y Pollán, 2009; Junta de Andalucía, 2010; SEMFYC, 2011). Son escasos los estudios de incidencia y prácticamente inexistentes los que profundizan en la causalidad atribuida a estas lesiones desde la perspectiva de los propios niños. Conscientes de esta realidad se les invita a **reflexionar** acerca de estos sucesos para conocer si son **capaces de atribuir un porqué**. Prácticamente la totalidad, 250 niñas y 253 niños, elaboran un esquema mental respecto a la posible causalidad.

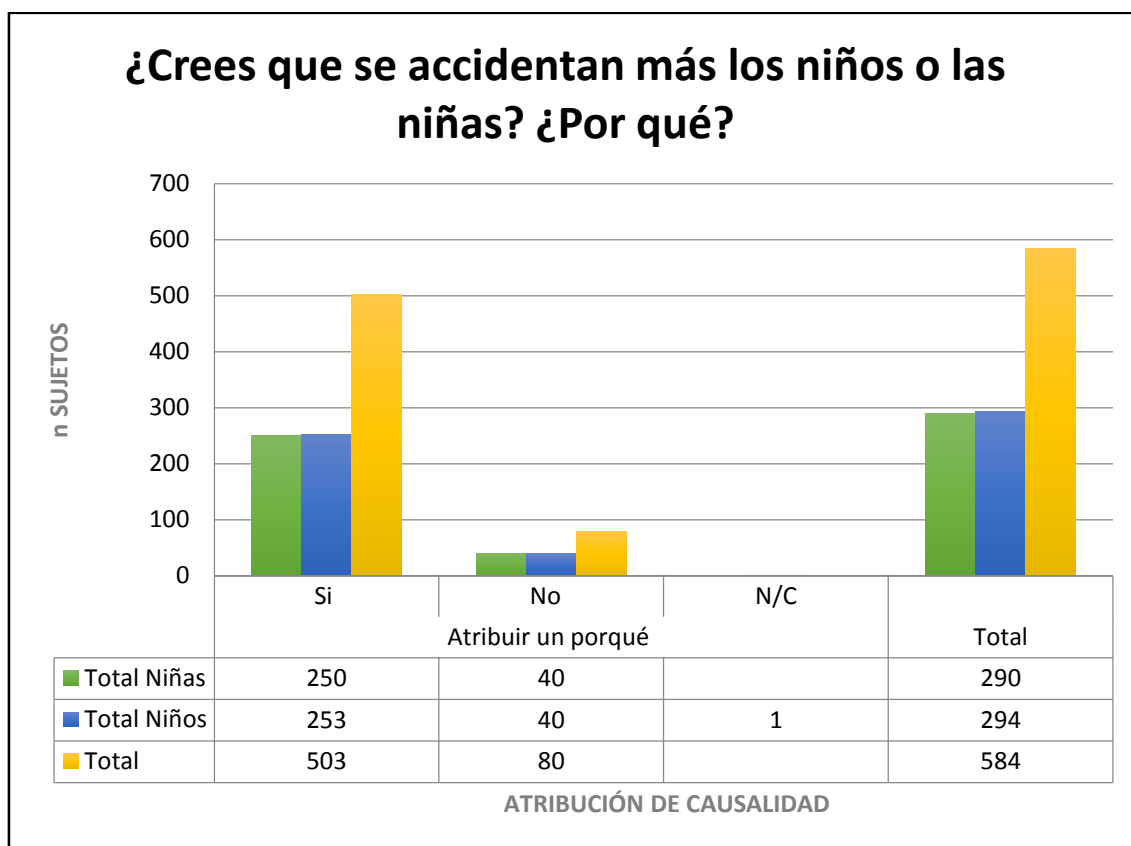


Figura 41. Atribución de causalidad

La confluencia de la diversidad de respuestas que se constituye como facilitadora de un proceso de construcción y aprendizaje conjunto, en el cual el alumnado se perfila como activo de promoción de conductas seguras y saludables desde edades tempranas. El impulso de la participación en este estudio estimula el diálogo y el intercambio de información entre el alumnado, docentes e investigadores/as para contribuir a la construcción de entornos escolares más seguros. El hecho de que los niños/as reflexionen sobre su comportamiento supone un paso previo para responder activamente, ejerciendo su responsabilidad en la toma de decisiones y asunción de sus consecuencias. Esto contribuirá a su desarrollo personal, crecimiento y bienestar, corroborando las aportaciones de diversos autores y organizaciones internacionales (WHO, 2003; St Leger, 2004; UNICEF, 2006; Schaal, 2014;). Un indicador icónico que ejemplifica esta idea es el dibujo incluido a continuación.



Figura 42. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. ¿Qué circunstancias rodean a los accidentes?

Al triangular los análisis cuantitativos con la información cualitativa de la causalidad encontramos que las categorías vinculadas a: los rasgos de la personalidad, los componentes actitudinales, las relaciones entre iguales, las normas de convivencia, las relaciones con los adultos, las demandas de ayuda percibidas, los mecanismos y reglas de convivencia, entre otras, son las que aglutinan las hipótesis respecto a la mayor accidentalidad en uno u otro colectivo, según el género. Más de la mitad de la muestra escogida interpreta que la mayor accidentalidad en niños-varones es resultado de una **característica personal**, p.ej. “son más brutos”. Es decir, lo atribuyen a un rasgo constitutivo y no tanto a una falta de asunción de normas o una conducta poco precavida, como no prestar atención.

De lo anterior se deriva que, de forma inconsciente, todos los sujetos participantes opinan que este ‘modo de ser’ se va a poder modificar mínimamente por la vía educativa, tal como mantienen Morrongiello & Matheis, (2007), Wickman, Anderson & Greenberg (2008) o Latorre et al. (2013). Este resultado enlaza con los hallazgos de Kontos (2004) cuando concluye que las características de la personalidad de los niños varones, atribuidas por los propios niños y niñas de la muestra son: altos niveles de toma de riesgos, bajos niveles de estimación de habilidad y de riesgo percibido, actuando como factores de

riesgo de lesiones. En contraposición, Schwebel (2007) describe a las niñas como más cautelosas, precavidas y con una mayor tendencia a interiorizar los mecanismos de evitación.



Figura 43. Dibujo de niña de 8 años centro rural. *Ten cuidado, no seas bruto, te romperás algo*

Este matiz "constitutivo" innato, aludido anteriormente y reflejado en una mayor inquietud motriz se manifiesta también en los juegos infantiles, conductas asociadas a la etapa de 8-9 años dejando menor margen a la intervención formativa. Plantea retos a los momentos menos "formales" de aprendizaje más espontáneo en los que los modelos sociales de ocio sexuado perpetúan que los chicos jueguen al fútbol y las chicas jueguen con objetos simbólicos (Harris & Miller, 2000). La influencia de los iguales en los momentos de juego, generalmente sin la presencia del adulto, confiere a estas actividades lúdicas un espacio de libertad en el que las actitudes e interacciones (actividad y conversación, reglas, materiales, tiempo y espacio) gozan de la capacidad de ser fuente de aprendizaje compartido (Huizinga, 1949, 2009; Svendsen, 2012).

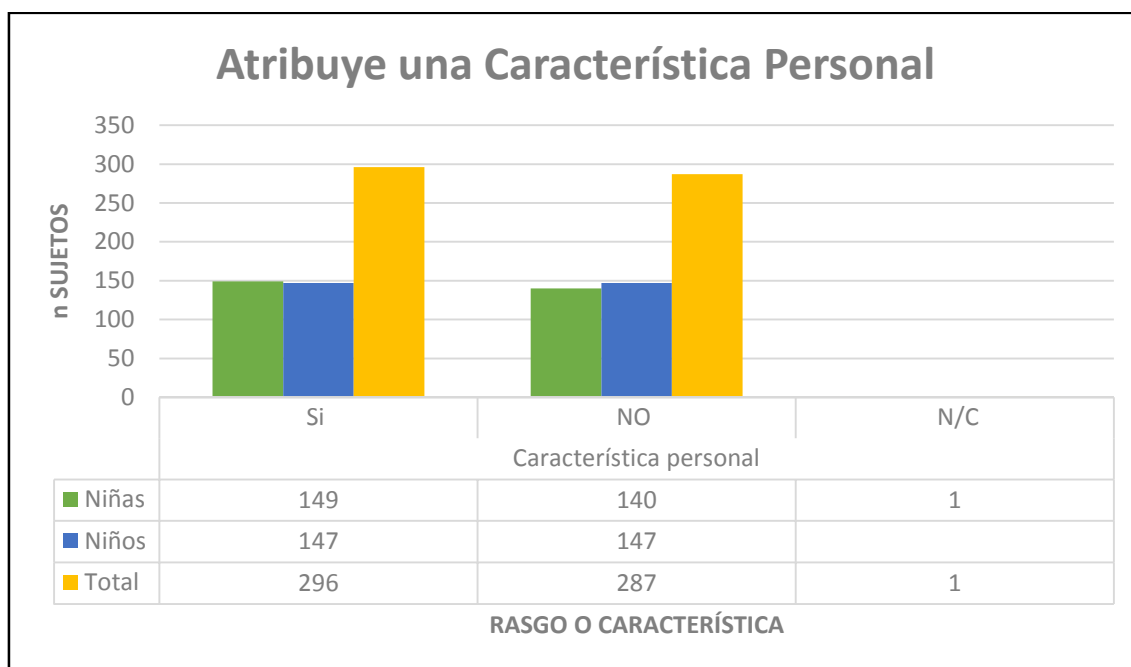


Figura 44. Atribución de una característica personal

Por otro lado el rasgo constitucional convive, a nivel de creencias, con otras razones. Se considera que la siniestralidad en los niños varones es consecuencia de **conductas de riesgo** (como los juegos de peleas o las reacciones de convivencia de signo negativo que les llevan con frecuencia a enfrentamientos físicos). Esta acción típica de estas edades se autorregula en el transcurso de los años con la corrección y el apoyo de los adultos para aprender a respetar a los otros y a uno mismo (Zuckerman & Kuhlman, 2000; Ato Lozano, González Salinas, & Carranza Carnicero, 2004).

Las experiencias previas -los accidentes protagonizados/presenciados por niños y niñas- sitúan a los sujetos en disposición de alcanzar una mayor responsabilidad para la prevención y adquirir una mayor autorregulación del aprendizaje. El hecho de que los niños/as relaten al final del cuestionario vivencias personales tales como: “me caí por las escaleras y me rompí un brazo”, “siempre están los mismos haciendo el bruto” o “los pasillos son muy resbaladizos y por eso te caes” tiene importancia desde el punto de vista cognoscitivo. Desde la teoría constructivista, concretamente Ausubel (1976) y Ausubel y Barberán (2002), apuntan a que las vivencias grupales, mediante el diálogo crítico y reflexivo pueden constituir objetivos que son comunes al colectivo, pero también individuales cuando son representados.

En el análisis de la información recogida a través del cuestionario y del dibujo aflora que la EP asume el desarrollo de competencias sociales y cívicas. El hecho encontrar respuestas diversas a las cuestiones acerca de la percepción de accidentes escolares evidencia que no se identifica únicamente las lesiones/accidentes en sí mismos, sino que trascienden de la lesión en sí y amplían la mirada a las causas, mecanismos y situaciones de convivencia. Las opiniones vertidas por los niños y niñas, ponen de manifiesto que previamente se han realizado intervenciones educativas impulsoras de la convivencia pacífica, el desarrollo de valores de tolerancia, respeto y diálogo. Todos estos valores contribuyen a crear una cultura ciudadana en la que la resolución de conflictos se lleva a cabo mediante el intercambio de opiniones, sin recurrir a la fuerza física o a la imposición (Boxer, Goldstein, Musher-Eizenman, Dubow & Heretick, 2005; De Waal & Grösner, 2009; Baysu & Phalet, 2012).

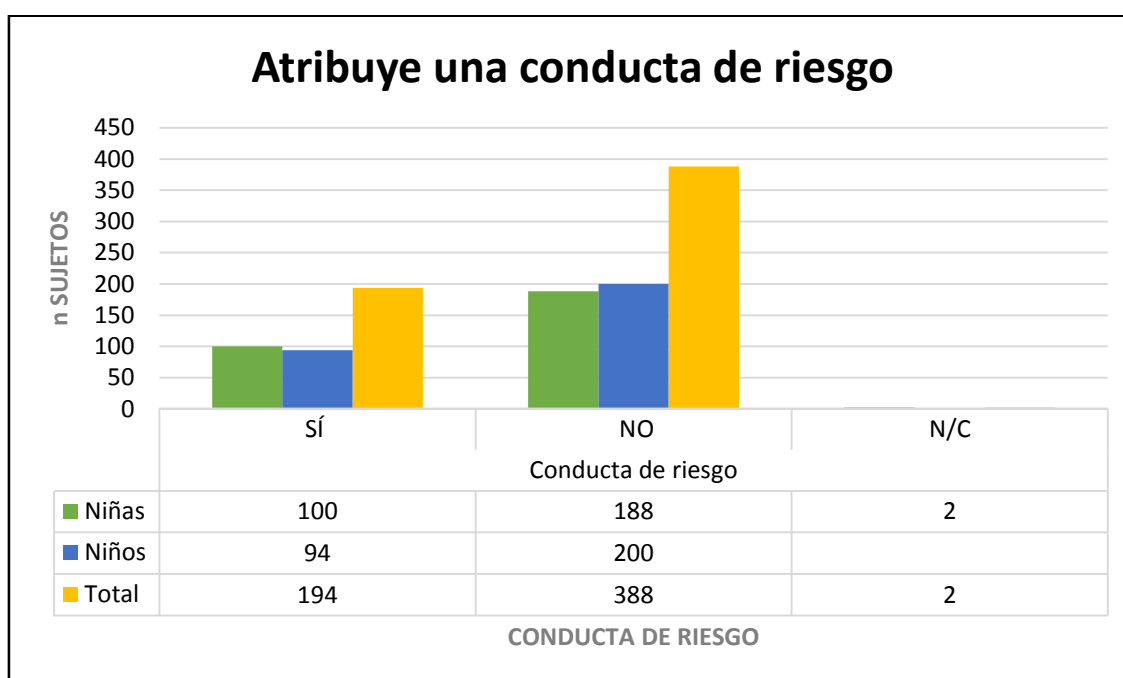


Figura 45. Atribución de una conducta de riesgo

La **consecuencia** del propio accidente se emplea para explicar la causa, ya que el resultado del accidente, sin otra explicación, “se caen, se resbalan, se chocan”, se interpreta así. La agresión voluntaria no es un accidente, pero ellos identifican la lesión. El pensamiento de los niños no entiende los accidentes de la misma manera que el adulto, no guarda la misma estructura de causa y

consecuencia. Influyen una serie de elementos que no pueden descomponer porque forman parte de un todo.

Las capacidades motoras adquiridas en esta etapa no guardan un desarrollo paralelo con la interiorización de las reglas de los juegos y de la adopción de conductas seguras que minimicen los golpes, caídas, empujones, resbalones, sacudidas. Siguiendo la clasificación elaborada por Gairín (2011) los factores de riesgo estático, incluyendo el edificio, los locales y los aparatos e instalaciones, están presentes en las opiniones de los niños en menor medida que los factores de riesgo dinámico, centrados en las relaciones que se establecen entre las personas y entre estas y el entorno, tal y como se recoge en las opiniones de los participantes. En estas interacciones se incorporan aspectos nuevos del mundo exterior, que facilitan el proceso de activación de las estructuras mentales en el sentido propuesto por Piaget (1987, 2013).

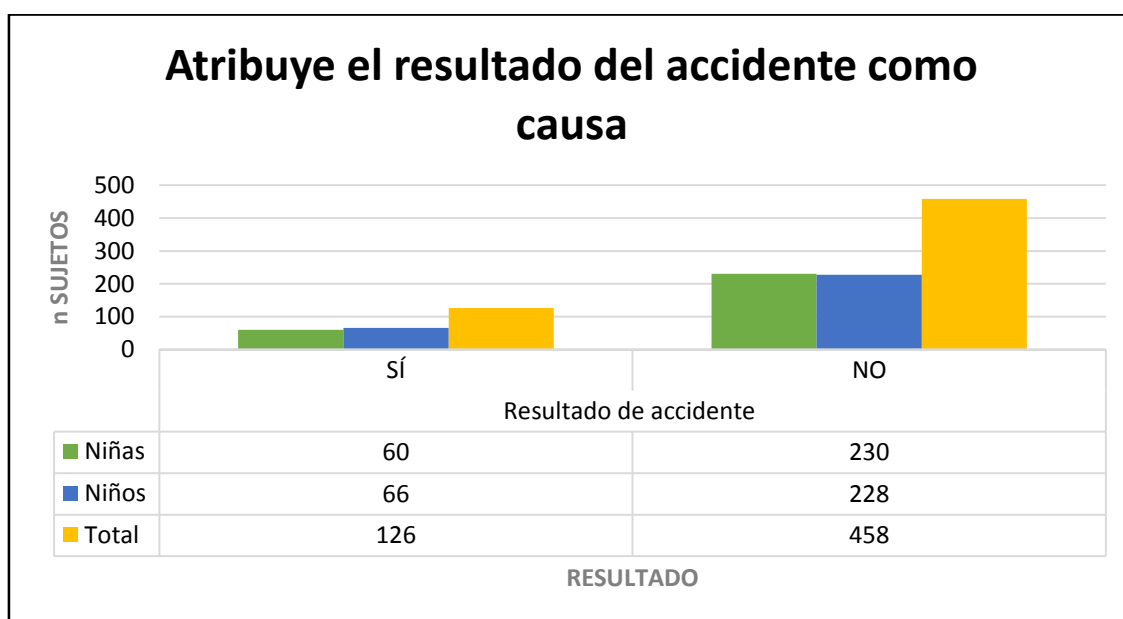


Figura 46. Atribución del resultado del accidente como causa

Otro dato relevante es que el 18 % de las niñas y el 18% de los niños apoyan el **componente interrelacional** de los chicos como motivo de accidentabilidad. Los iguales constituyen agentes de socialización fundamentales en estos años, pues dada la naturaleza simétrica de estas relaciones se pueden adquirir

competencias socio-emocionales que no se adquieren en otros entornos. Las emociones desempeñan un papel de máxima importancia en la vida de los niños y niñas. Añaden una motivación a su vida cotidiana. Se vinculan con el entorno y con el grupo de iguales. La inmadurez en la gestión de emociones y la falta de autocontrol conduce a situaciones como peleas, empujones, que pueden derivar en lesiones no intencionadas (Bisquerra, 2003; Bisquerra & Pérez, 2007).



Figura 47. Dibujo de niña de 9 años centro Rural. *No abuséis de los pequeños*

Las interacciones lúdicas, agresivas y prosociales, varían según el género en esta edad de 8-9 años. Se incrementa el interés por formar parte de un grupo, con el que experimentan sentimientos de pertenencia, y conforme al cual comparten una serie de valores y normas. Entre los chicos en esta etapa aparece el juego denominado desordenado o de lucha (Smith y Pellegrini, 2011). Se trata de juegos de gran actividad motórica que implican el contacto físico con los iguales, como empujar, saltar, pelear, agarrar, etc. Mediante estos juegos, los niños/as aprenden a medir sus fuerzas y expresar y controlar la agresividad en las actividades lúdicas. Estas situaciones se reflejan en los dibujos que representan, en ocasiones, las situaciones de abuso de la superioridad física, de incumplimiento de las reglas de determinados juegos o de conflictos y agresiones entre los pares.

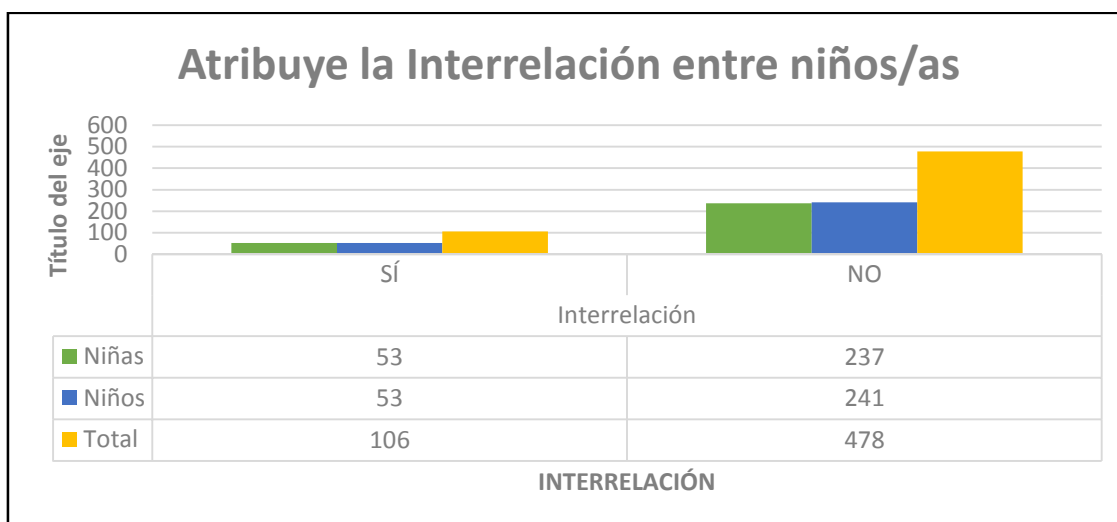


Figura 48. Atribución de la interrelación entre niños/as

Un 22% de las niñas y un 27 % de los niños consideran que son otros los motivos que conducen a que los niños se accidenten más. Indagar en estas opiniones para conocer cuál es el significado que atribuyen a las situaciones cotidianas es el primer paso para poder diseñar intervenciones formativas, por eso nos interesa aproximarnos a las razones que fundamentan esta creencia poblacional. Es aquí donde la posible intervención cobra mayor o menor sentido, puesto que las atribuciones a rasgos de personalidad, de carácter “más invariante” o más “constitucional”, tendrían que ver menos con un Modelo educativo (en el sentido amplio de los agentes sociales implicados) que con una “forma de ser” (Mukoma & Flisher, 2004; Kristensson, & Öhlund, 2005; Sousa & Costa, 2010).

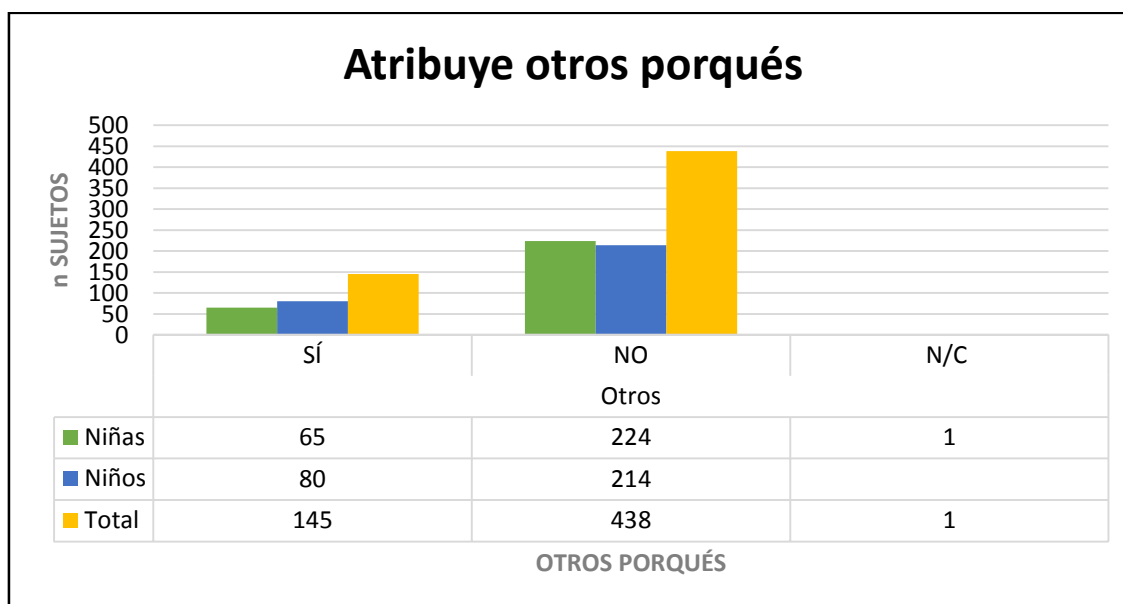


Figura 49. Atribución de otros porqués

En la primera pregunta del cuestionario se indaga en la conciencia que tienen los niños y niñas de la existencia de situaciones y accidentes de los cuales se derivan consecuencias negativas. No hay que olvidar que en estas edades de la Educación Primaria comienza la adquisición del valor moral de las conductas y de sus consecuencias (Vigotsky, 1979,2003).

Las motivaciones y actitudes que reflejan las experiencias vividas respecto a la accidentalidad, apuntan a la convivencia como un elemento primordial presente en estos desgraciados sucesos. Respecto a si creen que **los accidentes pueden evitarse**, el 95 % de los niños y de las niñas tiene una actitud positiva y activa frente a la reducción de la accidentalidad en el entorno escolar. La respuesta afirmativa a esta cuestión conlleva una idea implícita de prevención vinculada a la evitabilidad de los mismos, que puede ser consecuencia de las iniciativas propuestas desde los años 90 del siglo pasado, vinculadas al ámbito de la prevención en los contextos escolares.

Los programas de prevención, evaluados por Mangrulkar, Withman & Posner (2001) son efectivos para desarrollar competencias de salud y de seguridad en la educación formal. Las actividades que se incluyen en estos programas combinan:1) utilización de métodos de enseñanza interactivos ,2) actuaciones

en el entorno inmediato 3) discusiones abiertas 4) ensayo de habilidades y 5) actividades en grupos pequeños. Siguiendo la propuesta de actividades expuesta anteriormente, este trabajo se adscribe al segundo punto, ya que se suscita la reflexión respecto a los accidentes escolares en el entorno inmediato. Este acercamiento al contexto escolar ha permitido que, paralelamente a esta investigación, se hayan elaborado recursos multimedia de contenido preventivo y promotor de la salud, expuestos en las líneas anteriores. (Gabari, Sáenz, García, Idoate, 2014; Gabari, Sobejano, Sáenz, 2015).



Figura 50. Dibujo de una niña de 9 años. Centro rural. “Por una escuela sin insultos y sin peleas”

Este resultado nos conduce a afirmar que el proceso de educación para la salud permanente, que se inicia en los primeros años de la infancia, proporciona unas competencias respecto a la promoción de conductas seguras y potencia la participación de las personas en la gestión e identificación de riesgos del entorno inmediato, que pueden deteriorar su salud. Las respuestas de los escolares abarcan la esfera física y el ambiente que les rodea en su doble dimensión, ecológica y social. Las relaciones y vivencias entre iguales constituyen dimensiones que influyen en la salud en relación con las competencias propuestas en la educación primaria (Gavidia, 2001; Azeredo & Stephens-Stidham, 2003; Buijs, 2009; Davó, 2009; IUHPE, 2009; Benitez, Soriano & León, 2010; Inman, van Bakergem, La Rosa & Garr, 2011; Dewhirst, et al., 2013).

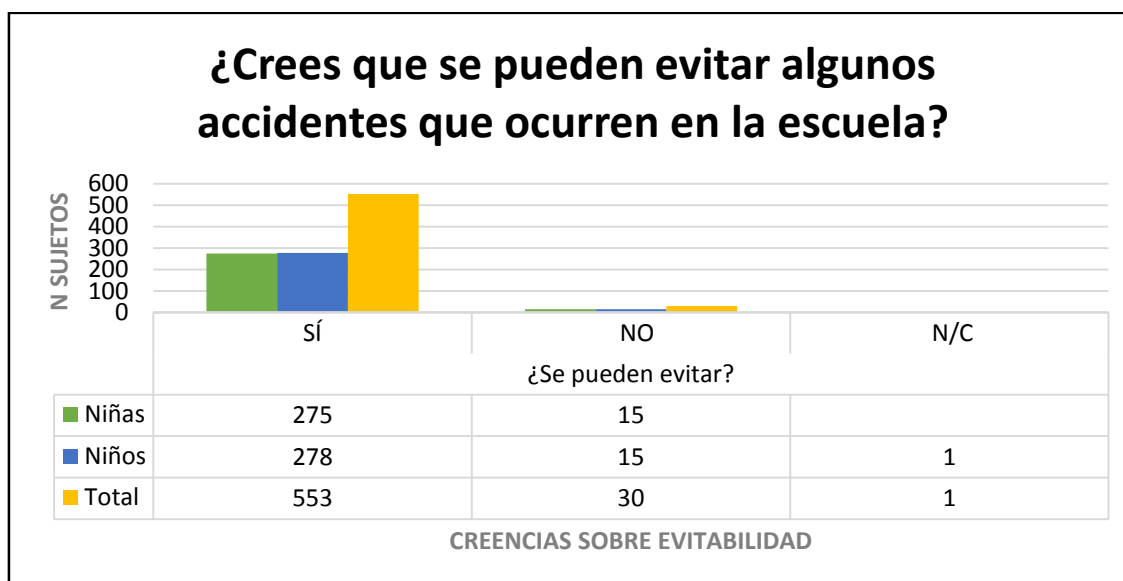


Figura 51. Creencias sobre la posibilidad de evitar los accidentes

El 95% de los niños y niñas creen que los accidentes se pueden evitar. Esta autoconciencia de la propia realidad y la conciencia de los demás, permite que sean capaces de ponerse en el lugar de otros, comprenderles y actuar en consecuencia. Un 50 % de los niños y niñas que responden afirmativamente a esta pregunta añaden además cuáles son los accidentes que creen que pueden evitarse.

Las teorías modernas de la inteligencia (Gardner, 1998; Robinson, 2001; Bisquerra, 2007; Goleman, 2012) tienen como denominador común un concepto amplio de inteligencia que incorpora aspectos no sólo académicos y cognitivos, sino también creativos, sociales y dinámicos. La elaboración de respuestas personales en base a experiencias vividas (accidentes que les han sucedido o que han presenciado) aportan un mayor conocimiento de uno/a mismo/a y de los /as compañeros/as. Esto se recoge en la identificación de aquellos incidentes de riesgo que son susceptibles de mejora. Las expectativas se extienden a otros ámbitos, más allá del netamente considerado como de siniestralidad.

La manifestación de la habilidad de reflexionar sobre sus experiencias, como se revela en las respuestas emitidas es en sí un ejercicio progresivo de adquisición de autonomía en su vida de modo individual, pero también de forma cooperativa con los demás, dando respuesta a los retos y dificultades de manera constructiva

y positiva (Luthar et al., 2000; Appleton & King, 2002; Extremera & Fernández, 2003; Greenberg et al., 2003; Bandura, 2004; Geierstanger et al. 2004; Bisquerra & Pérez, 2007; Hunter & Krantz, 2010; Durlak et al., 2011).

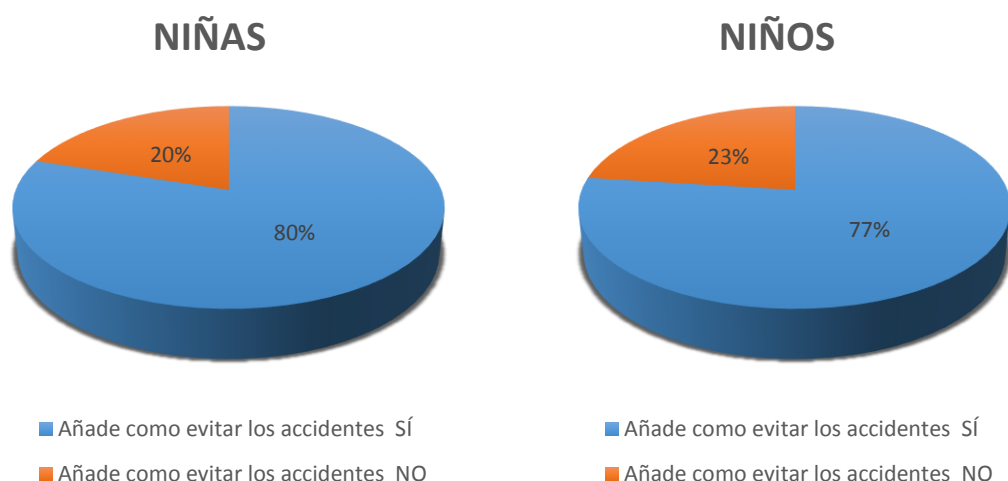


Figura 52. Reflexión sobre cómo evitar los accidentes

La proporción de niños y niñas que muestran una actitud positiva es muy similar. Aproximadamente la mitad de la muestra considera que la evitación o la prevención de los accidentes puede incidir en las actitudes negativas hacia la convivencia: pelear, decir palabrotas, quitar cosas, insultar, etc. que conllevan una cierta actitud de provocación y disfrute de agresividad. Unido a esto, se evidencian también como situaciones susceptibles de mejora: 1) la adopción de conductas seguras que eviten los accidentes propiamente dichos, 2) el desarrollo de medidas de auxilio o de ayuda (en actitud de pasividad respecto del adulto) como, por ejemplo, dar la mano, 3) el respeto a las normas de tráfico, 4) el cuidado de la salud (rechazo de hábitos nocivos como fumar, consumir drogas...), 5) el mantenimiento de hábitos de higiene (empleo de recursos como papeleras...), y, por último, 6) el cuidado del medioambiente (de árboles y plantas)



Figura 53. Dibujo de niña de 9 años centro urbano. *Evita las caídas*

Se puede observar que casi la mitad de los/as participantes creen que los accidentes propiamente dichos se pueden evitar y este mismo porcentaje considera que también aquellos que se producen por las actitudes negativas hacia la convivencia. Se ha mencionado anteriormente que, en estas edades, no son capaces de esquematizar las acciones, y en su mente existe cierta confusión entre el concepto de accidente, como algo fortuito, y la vivencia del conflicto, como elemento que en muchas ocasiones está presente en el transcurso de estos sucesos como recogen estudios realizados previamente por varios investigadores (Maes & Lievens, 2003; Sosnowska & Kostka, 2003; Saluja et al., 2004 ;Boles et al., 2005; Sahin & Erkal, 2012; Nascimento et al. 2013; Davó, Torres, & Gascón, 2014).

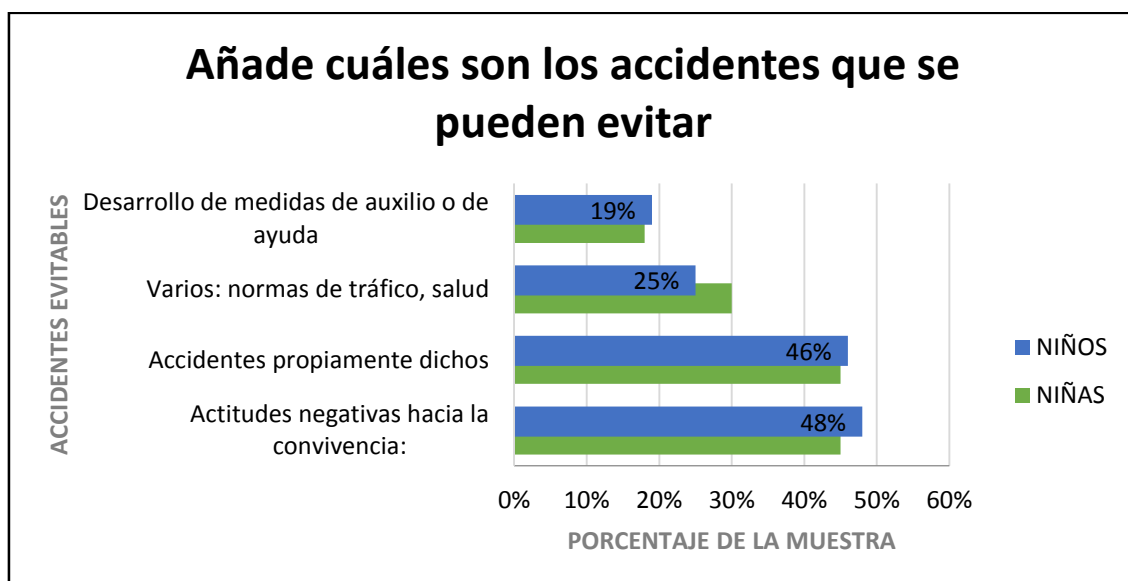


Figura 54. Creencias sobre cuáles son los accidentes que se pueden evitar

Un 80% de las niñas y un 77% de los niños añaden una opinión personal respecto a las preguntas formuladas sobre los medios y modos que deberían arbitrarse para prevenir la ocurrencia de los diferentes incidentes lesivos que tienen lugar en el entorno escolar. La tabla siguiente incluye una serie de medidas de prevención o de afrontamiento que responden a la pregunta de cómo crees que se pueden evitar los accidentes.

Tabla 24. Afrontamiento, evitación de los accidentes .Respuesta múltiple

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	NIÑAS	NIÑOS	N/C
Conductas de precaución: mirar, fijarse, atender...	39%	40%	21%
Adaptar el comportamiento a normas y señales: parar antes de cruzar...	28%	27%	45%
Evitar conductas de riesgo: (signo positivo) evitar ir por sitios o de maneras peligrosas; (signo negativo) no botar el balón en clase, no correr por las escaleras...	42%	44%	14%
Demanda ayuda al adulto: pedir apoyo...	20%	23%	57%
Actitud de convivencia positiva: respetarse, hablar...	35%	32%	33%
Evitar actitud de convivencia negativa: no reñir, no pegar...	35%	30%	35%
Restituir conductas de agresión: pedir perdón...	22%	20%	58%
Emplear medios de auxilio: curar...	19%	17%	64%
Arbitrar mecanismos/medios de prevención: colocar campana, señal, eslogan...	33%	28%	39%
Desarrollar valores de carácter general/otros: amistad, paz...	21%	22%	57%

Así, sus respuestas van desde el desarrollo de estrategias de vigilancia, en casi el 40 % de los dos grupos y la adaptación del comportamiento a la reglamentación y uso (28% niñas/27% niños) También destaca, como porcentaje más elevado que un 42% de las niñas y un 44 % de los niños centra la prevención en la evitación de actividades que entrañan cierto riesgo, predisposición muy ligada a la asunción de normativa de prohibición (Azeredo & Stephens-Stidham, 2003; Blanchi & Sumala, 2004; Gabari & Pollán, 2009; Gairin & Castro, 2011; MacKay & Vincenten, 2012; Gabari et al., 2014, 2015).

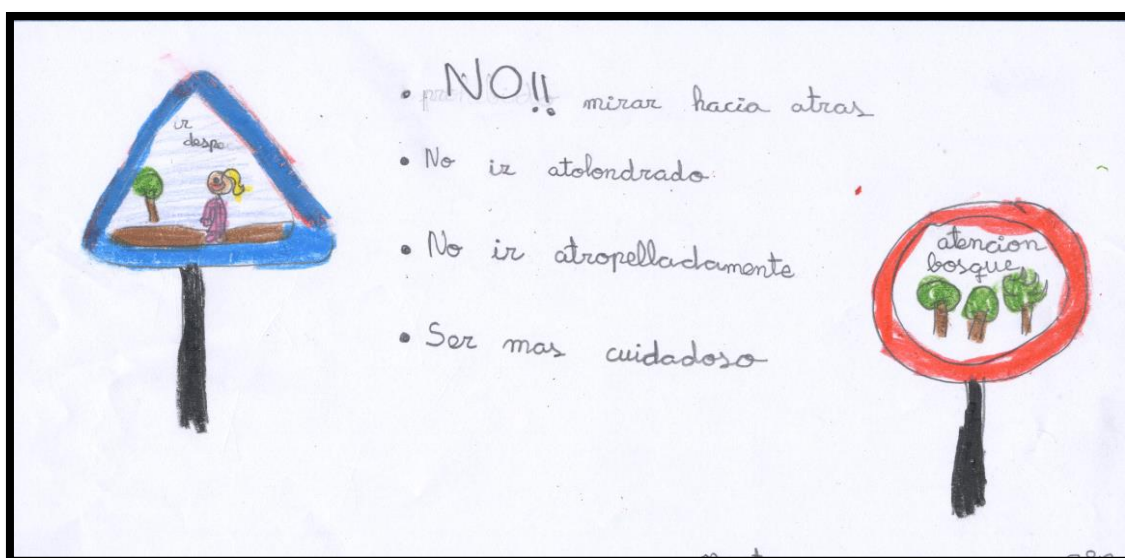


Figura 55. Dibujo de niña de 9 años centro rural *Lo que no hay que hacer*

A la hora de asociar la accidentalidad a la ética de la convivencia, tanto en positivo (aludiendo actitudes de diálogo) como en evitación de agresiones (de nuevo ligado a prohibición en su forma de expresarlo) la proporcionalidad se mantiene entre un 30% niños y un 35% niñas. A este porcentaje se añadirían aquellos pequeños/as que se inclinan por un fomento de valores generales de paz y amistad para disminuir la siniestralidad en un 21% y un 22% respectivamente.

Este resultado está en concordancia con los hallazgos presentados en los exigüos estudios que indagan sobre los factores psicoeducativos que determinan la propensión al accidente deportivo en escolares (Latorre et al., 2013). Se contempla además, la perspectiva de la seguridad escolar integral que abarca la

esfera física y psicosocial propuesta por Gairín & Castro (2011) y Gairín et al., (2012).

Las opiniones acerca de la vivencia de los conflictos reflejan la percepción de niños y niñas respecto a la influencia de su comportamiento en la génesis de los accidentes. La restitución de la conducta negativa o la capacidad de pedir perdón es una manera de adoptar conductas de prevención y promoción de la convivencia. En lo que respecta a la capacidad de conectar con uno mismo/a y con los otros/as se descubre la empatía como factor importante en el proceso de desarrollo de pautas de pensamiento y normas sociales en la misma línea que proponen Garaigordobil y García de Galdeano (2006).

Las estrategias de afrontamiento elaboradas por los participantes fomentan la empatía a través de varias intervenciones: a) comprensión de los sentimientos de los demás b) uso del pensamiento reflexivo como técnica educativa, c) analizar las consecuencias que nuestras actuaciones tienen en los demás, d) presentación de modelos empáticos, etc .



Figura 56. Dibujo de niña de 9 años centro rural. *Ayuda y amistad*

Los resultados de esta tesis doctoral ponen de relieve que las intervenciones anteriormente propuestas se llevan a cabo en los centros escolares de nuestra comunidad. Los/as participantes de este estudio son capaces de ponerse en el lugar de sus compañeros/as. En sus dibujos aparecen representados/as los autores/as junto con otros iguales, que en ocasiones se sienten tristes, lloran, se

han caído, etc. Las respuestas apuntan al discomfort que sus comportamientos pueden generar a los demás. Este malestar de algunos niños y niñas no debiera pasar desapercibido en la comunidad educativa. El aprendizaje social, relacional y de convivencia ha de ser extensible a los momentos de recreo para minimizar el riesgo de prácticas de victimización y agresión entre escolares que sucede en estos momentos (Pereira et al., 2002).

En otros testimonios gráficos emergen las consecuencias de los accidentes: heridas, chichones, golpes, etc. La relación de ayuda, y la exposición a modelos empáticos, ejemplificada en la Figura 56 se incluyen entre las medidas identificadas por este alumnado que pueden contribuir a atenuar la sucesión de accidentes escolares. Otras opiniones menos numerosas, en torno al 20%, se inclinan por medidas como: demandar ayuda al adulto (en situaciones poco estructuradas como recreos...), restituir conductas que provocan daño (pedir perdón), curar (llevar al botiquín) y no tanto por intervenir directamente en la prevención.



Figura 57. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. *Demanda de ayuda del adulto.*

En cambio, en los resultados analizados con la totalidad de la muestra participante, es de destacar que, el 86 % de los niños y niñas encuestados incluye entre sus estrategias de afrontamiento la ‘adopción de conductas de precaución’ (39% niñas-40% niños) y la ‘evitación de conductas de riesgo’ (lo cual es susceptible de similar interpretación preventiva (42♀-44%♂). Este dato

revela que los niños desde edades tempranas son conscientes de la importancia de prevenir determinadas conductas que pueden provocar daño y lesión y que dichas manifestaciones han de encauzarse y orientarse convenientemente desde la escuela, a fin de desarrollar hábitos de conducta saludables.

El contenido de las respuestas de niñas y niños comprende los factores ambientales, conductuales y psicológicos en la aparición de las lesiones no intencionadas. El descubrimiento y la interpretación de los riesgos del entorno escolar, desde el modelo salutogénico, favorece el desarrollo del SOC para percibir y responder de forma constructiva a situaciones desfavorables que se plantean desde las primeras etapas de la vida. La persona, en este caso el niño o la niña, con un SOC elevado se caracteriza por una percepción segura del entorno siendo capaz de responder a situaciones demandantes como proponen autores como Antonovsky (1996), Feldt et al. (2005) y Lindström & Eriksson (2005, 2006). El alumnado de primaria plasma en sus dibujos entornos educativos inclusivos, situaciones de aprendizaje cooperativo, resolución de problemas, identificación de comportamientos de riesgo, adopción de conductas seguras y de prevención de accidentes, etc.

En definitiva, niños y niñas se descubren como activos de promoción de su salud, tal y como plantean autores como Bronikowski, (2009), Becker et al. (2010), De los Santos et al. (2011) o Moksnes, et al. (2011, 2013). En este sentido, la adopción de este SOC en la infancia tiene un valor positivo de cara a las etapas sucesivas de la vida. Autores como García et al. (2013) y Grevenstein et al. (2014) en sus estudios examinan la influencia de este constructo en adolescentes y muestran cómo las personas con un SOC alto tienen una mayor probabilidad de adoptar estilos de vida saludables (ej., actividad física, ausencia de consumo de drogas).



Figura 58. Dibujo de niño de 8 años centro rural *Tomar droga es malo, pero me he enganchado*

También se detectan las nociones que tienen los sujetos participantes respecto a los hábitos y estilos de vida no saludables, a la vez que se aprecia la existencia de variaciones de salud en los compañeros/as de su entorno. Existe evidencia científica que justifica la adquisición de un estilo de vida saludable desde las primeras etapas, junto con la adopción de conductas de seguridad como precursoras del ámbito laboral futuro y de la vida en general. Los trabajos de Hoelscher (2004), Davó et al. (2008), González de Haro (2010), Koh (2010), Gairín & Castro (2011), George (2011) Fermán et al. (2014), sustentan esta afirmación respecto al descubrimiento de competencias de gestión en el cuidado de la salud que emerge de las creaciones infantiles. Estas no van a ser iguales para todos/as, sino que cada niño o niña pondrá en práctica aquellas que requiera en su vida diaria. Ejemplifican este resultado los dibujos que muestran, entre otras, campañas de natación, práctica de ejercicio físico, juegos cooperativos, manifestaciones de afecto, etc.

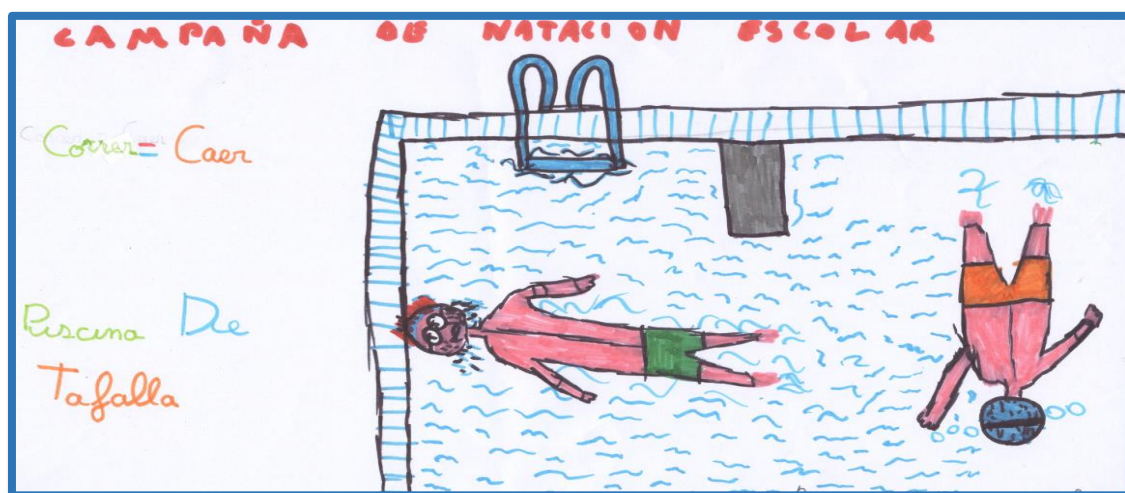


Figura 59. Dibujo de niño de 8 años centro rural. *Campaña de natación escolar*

Respecto a las medidas que adoptarían un 33% de las niñas y un 28% de los niños describe mecanismos concretos de aviso o señalización: hacer sonar una campana, colocar un cartel, señalar mediante avisos (eslogan...) y que se expresan en la gráfica siguiente.

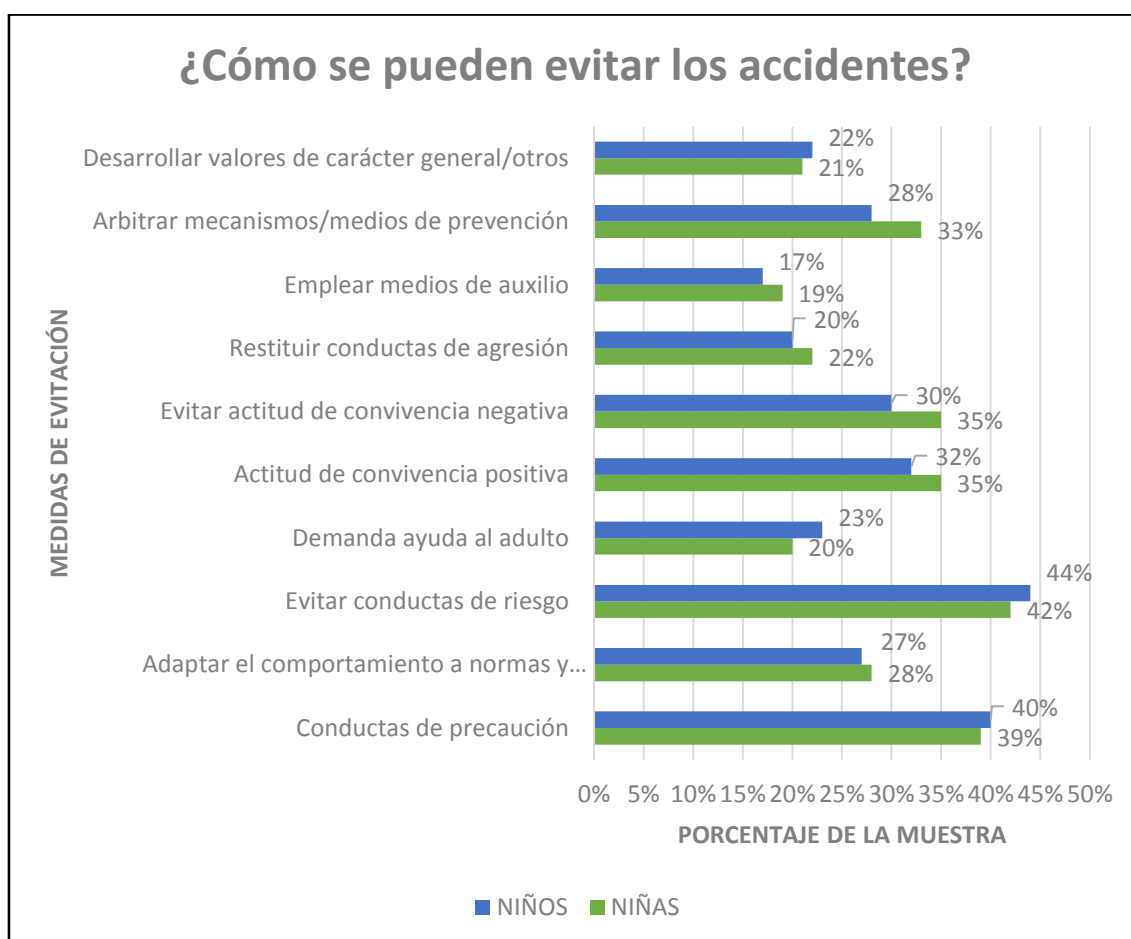


Figura 60. Creencias sobre los modos de evitación de los accidentes

Volviendo, de nuevo a la modalidad de cuestionario con opción cerrada de respuesta, cuando se pregunta por la edad en la que creen que se da mayor porcentaje de accidentes infantiles, responden que es en la primera infancia (5 años) seguido del tramo 8-9 lo que concuerda con las edades que presentan mayor incidencia en el estudio

4. Señala lo que creas más frecuente (tacha)

Edad que nos accidentamos más

Hora del día: la de más riesgo es

Mes del curso: el de más riesgo es

Día de la semana: con más accidentes es

Lugar donde nos accidentamos más es

Elemento implicado más frecuente es

Tipo de lesión: la que más ocurre es

Parte del cuerpo: la que más se lesiona es

Tratamiento: el que más se precisa es

¿Te gustaría añadir algo?

epidemiológico llevado a cabo por Pollán y Gabari en 1999. Luego, al parecer, nuestra población escolar tiene un nivel de percepción ajustado en esta característica de incidencia. Se interpreta que con la edad se van desarrollando estrategias perceptivas y de dominio del entorno.

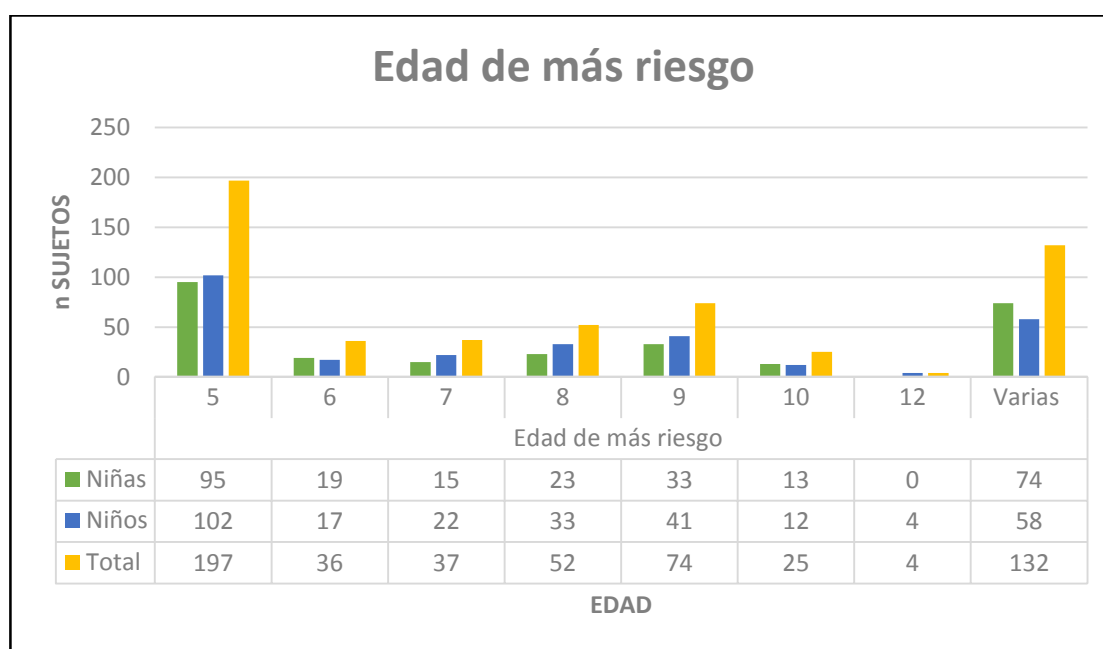


Figura 61. Percepción de la edad de mayor riesgo de accidentalidad escolar

La interpretación del mecanismo del accidente, las condiciones en las que ocurre, los elementos implicados, los participantes, lugares, horas y contextos, permiten dibujar una imagen con los tipos de sucesos más frecuentes.

Un amplio porcentaje del grupo cree que el mayor número de accidentes se produce en torno a los cinco años (el 33% de las niñas y el 34% de los niños), seguido del 12% y 14% respectivamente, que considera como edad de más riesgo los 9 años. Los siete y ocho años se perciben como otra franja vulnerabilidad. Estos datos coinciden en gran parte con los resultados de estudios, como el referido en Concheiro y otros (2006, 276) con 1127 casos en el área metropolitana de Barcelona: “la media de edad es de 9 años (DS 5,43) en varones y de 6,8 (DS 5,03) en niñas. Los picos de incidencia se sitúan en el sexo femenino entre 1 y 4 años y en el masculino entre 5 y 9”. Este resultado nos conduce a afirmar que los niños y niñas tienen una percepción ajustada a la incidencia de accidentes que ocurren en el período infantil, en cuanto a la variable edad más vulnerable.

En cuanto al momento del día, de nuevo la percepción manifestada por los niños y niñas se vuelve a ajustar a la incidencia recogida en el estudio de 1999. Los momentos señalados como los de mayor riesgo son los recreos (el 50% de las niñas y el 42% de los niños). A su vez, otro momento considerado de peligrosidad son las entradas de la mañana, en un 17% y 15% de los casos (sosteníamos que posiblemente las de la tarde muchos niños y niñas las realizan desde el propio centro por usar el comedor escolar), que desciende hasta un 8%. En cambio, las salidas de la tarde se mantienen en un 14%, siendo el segundo momento del día percibido con mayor frecuencia de riesgo. Por lo que podríamos seguir manteniendo la idea que incorporamos en publicaciones previas, de que la accidentalidad está muy ligada a conductas de convivencia más o menos pacífica y/o respetuosa y, como ya hemos señalado, durante el recreo se da una mayor desinhibición, sensación de vigilancia o vivencia de laxitud de las normas elaboradas, expresadas y sancionadas, la mayor parte de las veces, por los adultos.

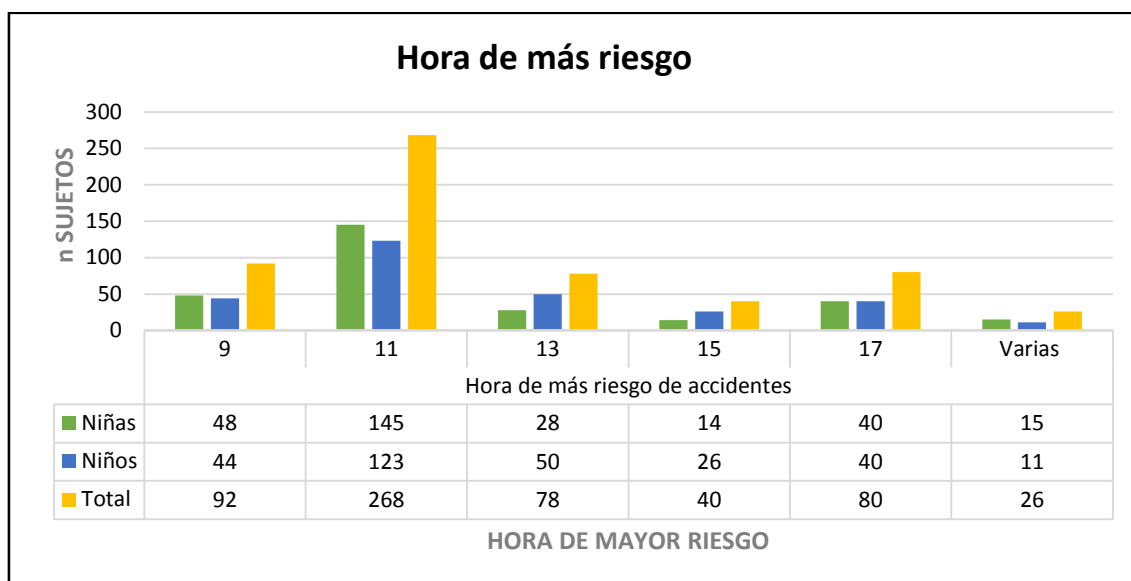


Figura 62. Percepción de la hora de mayor riesgo de accidentalidad escolar

La creencia de una mayor ocurrencia de accidentes, según el mes de curso, varía y se incrementa al finalizar el mismo. La opinión mayoritaria señala en los meses de Mayo y Junio un aumento del riesgo a la siniestralidad (22% de las niñas y 20 % de los niños) tal vez por la actitud prevacacional general, la fatiga de final de curso, la propia climatología (que predispone mucho más a vivencias de experiencias en espacios exteriores...). Este resultado coincide con las cifras de incidencia recogidas a nivel nacional (INE, 1999, 2002, 2005, 2008; Mapfre, 2010) y con las recopiladas por organismos europeos de seguridad infantil (Peden et al., 2008;; MacKay & Vincenten,2012).



Figura 63. Dibujo de niño de 8 años centro urbano *Tiempo soleado*

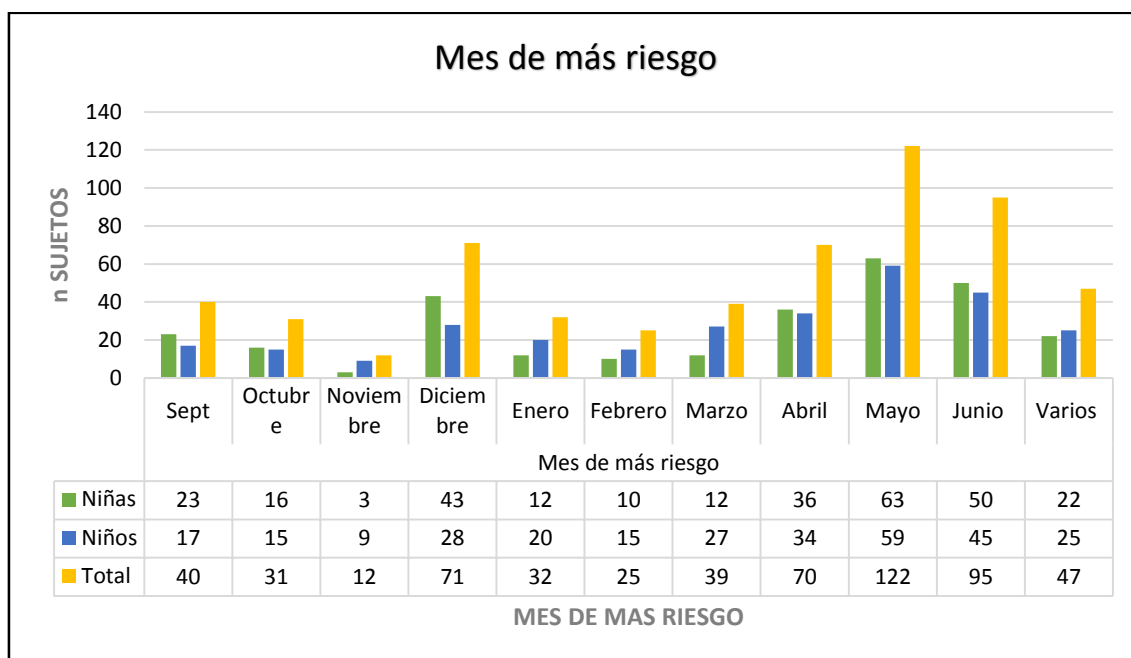


Figura 64. Percepción del mes de mayor riesgo de accidentalidad escolar

Encontramos que el mes más elegido como momento del curso de mayor riesgo es mayo (con un 22%) seguido de junio (con un 16%), diciembre y abril (con un 13%). Lo que pone de relieve que, si bien de forma inconsciente, los niños y niñas perciben los finales de trimestre ligados al aumento de accidentalidad. Esto hace pensar que las sensaciones de fatiga, cansancio, menor control normativo se tienden a manifestar con relevancia como factores concomitantes al riesgo.

En los meses de comienzo de curso (septiembre-octubre-noviembre) no se percibe que la conducta desarrollada, con carácter general, pueda derivar en sufrimiento de lesiones. Concheiro (2006, 277), en su estudio de incidencia, señala datos que apoyarían esta creencia cuando afirma que “la distribución a lo largo del año es bastante homogénea, desciende en los meses de invierno. Se observa un aumento de incidencia en los fines de semana. La franja horaria en la que se detectan más accidentes es entre las 14 y 19 horas (40% casos)”.

Al respecto, el estudio de incidencia de accidentes escolares en Pamplona y comarca, que se realiza en los cursos 1998-2000 (Gabari y Pollán, 2008) encontraba que Los momentos con mayor incidencia son: principio de curso (septiembre-octubre-noviembre) seguidos del final (junio). Datos que conviene retener para incorporarlos a un diseño educativo de trabajo de prevención.

Los chicos y chicas señalan que el día de la semana con mayor tendencia a registrar ocurrencia de accidentes en el entorno escolar, es el viernes pues, sería el día en el que parecen confluír circunstancias (en parte similares al contenido de “finalización” del mes de junio) que lo convierten en un periodo temporal de fatiga, expectativa de fiesta...que deberán tenerse en cuenta si queremos que la intervención que propugnemos sea eficaz en términos de prevención. Esta percepción, además de coincidir con los datos arrojados por los estudios de incidencia, se refleja en sus propios testimonios.

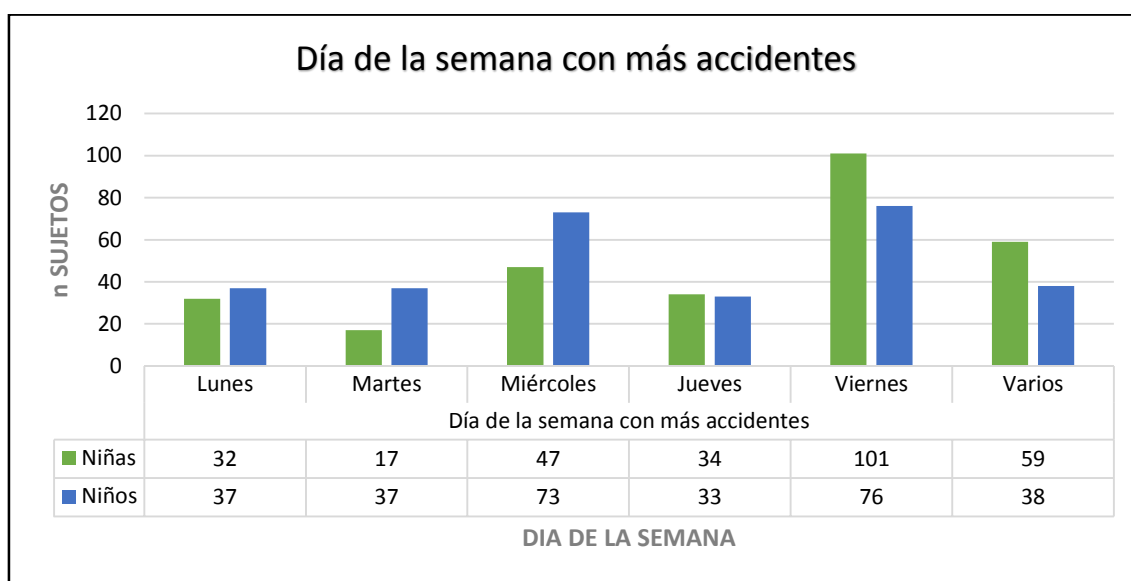


Figura 65. Percepción del día de la semana con mayor riesgo de accidentalidad escolar

La siguiente jornada que es percibida como de riesgo es la del miércoles, y el razonamiento que cabría atribuir estaría en la misma línea que el anterior. En cuanto a los lugares dónde se percibe el mayor porcentaje de sucesos lesivos, las puntuaciones son similares en ambos colectivos.

En primer lugar los exteriores con un 43%♀ y un 41%♂, los espacios más frecuentes. En segundo lugar encontramos el polideportivo con un 30% ♀ y un 38% ♂. Estas dos ubicaciones, aunque con valores diferentes, se perciben como los entornos de mayor riesgo; en el caso de los polideportivos convendría analizar si esta percepción de alta peligrosidad está ligada al hecho de ser considerados como lugares de “recreo” y ocio (en horario lectivo o extralectivo), o bien, si los incidentes se producen en el desarrollo de ejercicios gimnásticos y actividades deportivas propiamente dichas.

El movimiento físico parece alejado de las aulas, las cuales se representan como espacios de quietud y educación normalizada. Estas aulas carentes de movimiento abren un interrogante acerca de la actividad física fuera del aula y sobre la existencia de espacios polivalentes y recursos de profesorado que permitan crear condiciones e infraestructuras más abiertas, en las que el aprendizaje sea más dinámico.

En menor medida, y en proporciones semejantes, se indican las salidas del centro escolar (8%♀, 8%♂). Cabe destacar que el lugar donde parecen localizarse en menor medida los accidentes son las aulas (5%♀, 5%♂). Respecto a los exteriores sigue siendo un momento importante a controlar las salidas de los centros, no sólo por los cambios que experimentan los pavimentos, sino también por el deseo de finalizar las tareas, desplazarse con más premura etc. situaciones que, en alguna medida, pueden ser determinantes en la mecánica y momento del accidente.



Figura 66. Dibujo de niño de 8 años centro rural. *Las aulas como espacio de quietud*

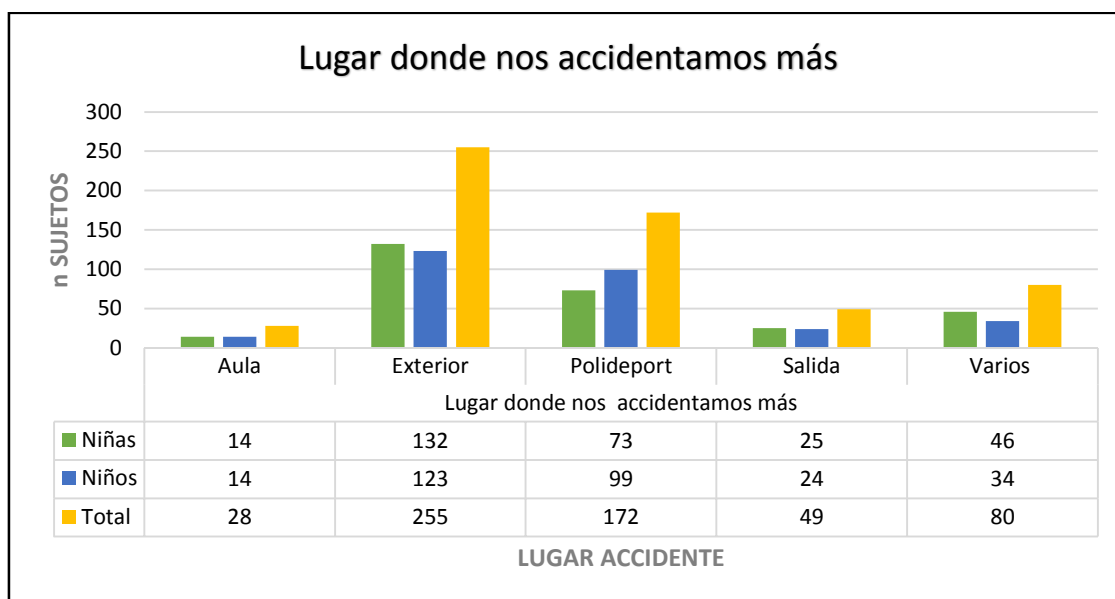


Figura 67. Percepción respecto al lugar donde se produce mayor accidentalidad

Respecto a la percepción del “elemento/os” implicado/s en la dinámica del accidente, tanto niños como niñas opinan que mayoritariamente es otro compañero/a (41%). Este dato refleja no sólo las posibles peleas, sino también los choques y encontronazos entre iguales.

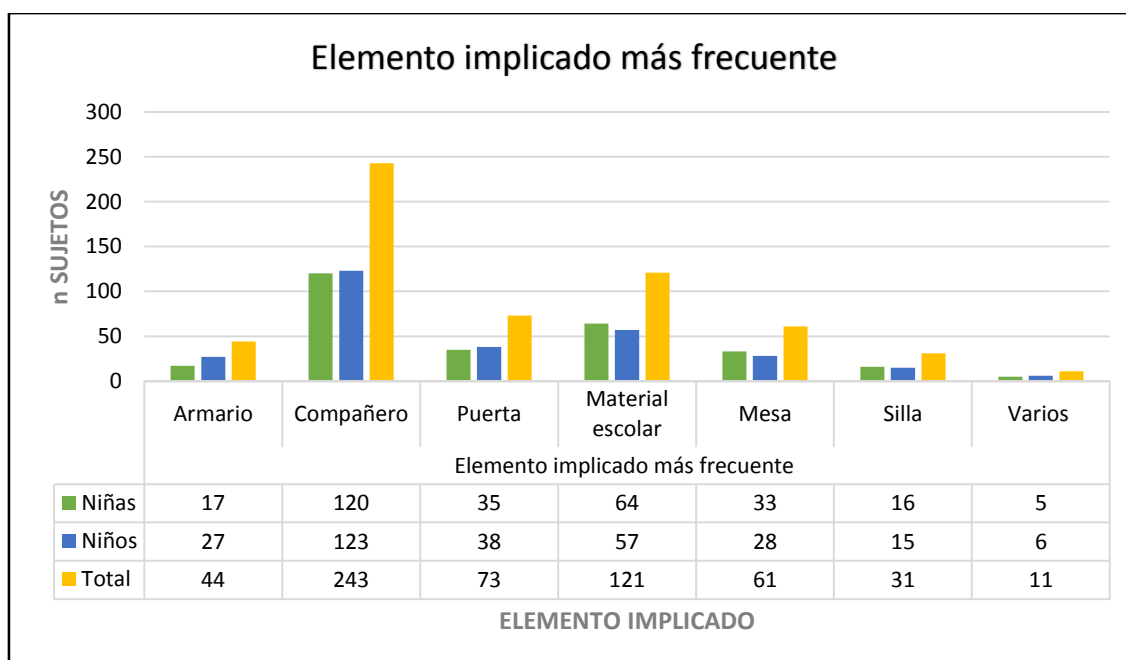


Figura 68. Percepción del elemento implicado con mayor frecuencia

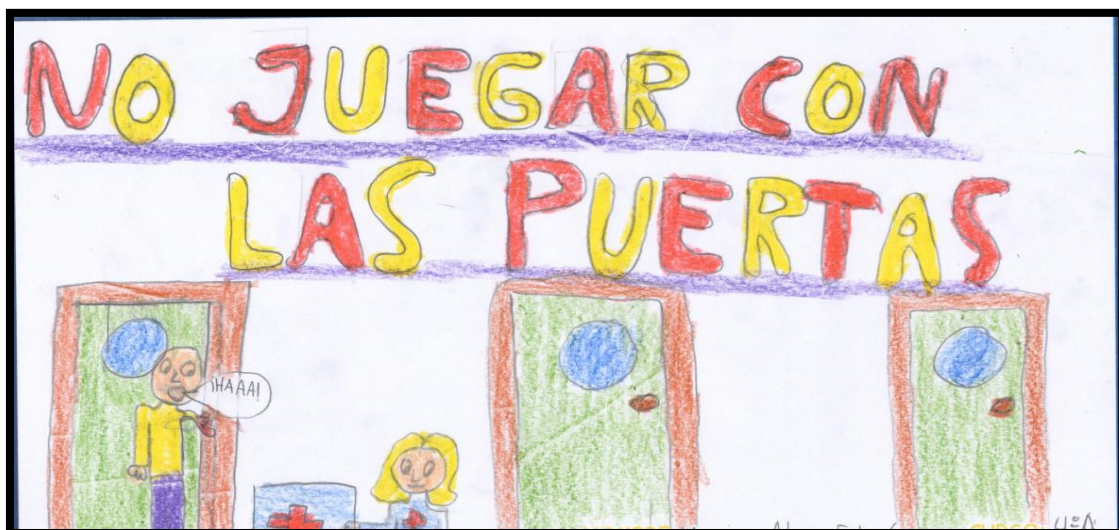


Figura 69. Dibujo de niña de 9 años centro urbano. *No jugar con las puertas*

En cuanto al tipo de lesión que se produce con mayor frecuencia en el entorno escolar, la percepción de las niñas y niños participantes (en un 26% y 27% respectivamente) refiere que son los raspazos, seguidos de quienes opinan que son varias las lesiones frecuentes (23% niñas, 22% niños), quienes perciben los esguinces (18%♀, 13%♂), chichones (14%♀, 14%♂), contusiones (12%♀, 10%♂).o fracturas (4%♀, 8%♂). Estas lesiones concuerdan en gran medida con los datos extraídos del estudio epidemiológico de incidencia en el que encontramos que raspazos-cortes, esguinces, y chichones son las consecuencias de los accidentes más frecuentes.

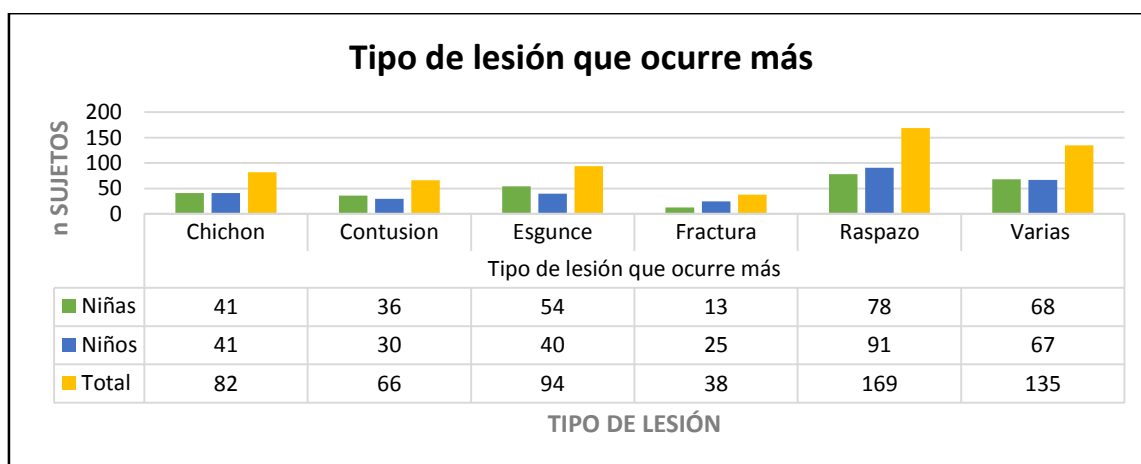


Figura 70. Percepción del elemento implicado con mayor frecuencia

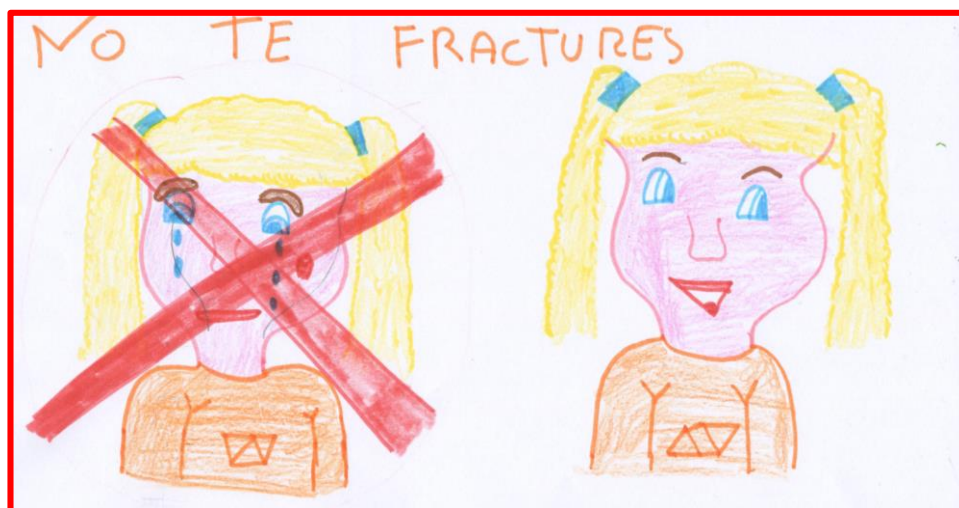


Figura 71. Dibujo de niña de 9 años centro rural *No te fractures*

Es decir, parece que hay una apreciación ajustada del tipo de consecuencia que pueden provocar las aludidas conductas de riesgo (de contenido con diverso matiz) y si bien, a primera vista, estas lesiones no parecen revestir un alto índice de gravedad, no es menos cierto que su ocurrencia tiene repercusiones negativas tanto en la dinámica del centro (cuando precisan un profesor/a o personal que atienda al lesionado/a) bien en ciertos condicionamientos de “temor” (y/o) fobia que pueden llegar a experimentar niños y niñas con una vivencia traumática de los sucesos. En concordancia con lo anterior, los niños y niñas nos hablan de que las partes más vulnerables a las lesiones son las extremidades inferiores, seguidas de los brazos y de la cabeza.

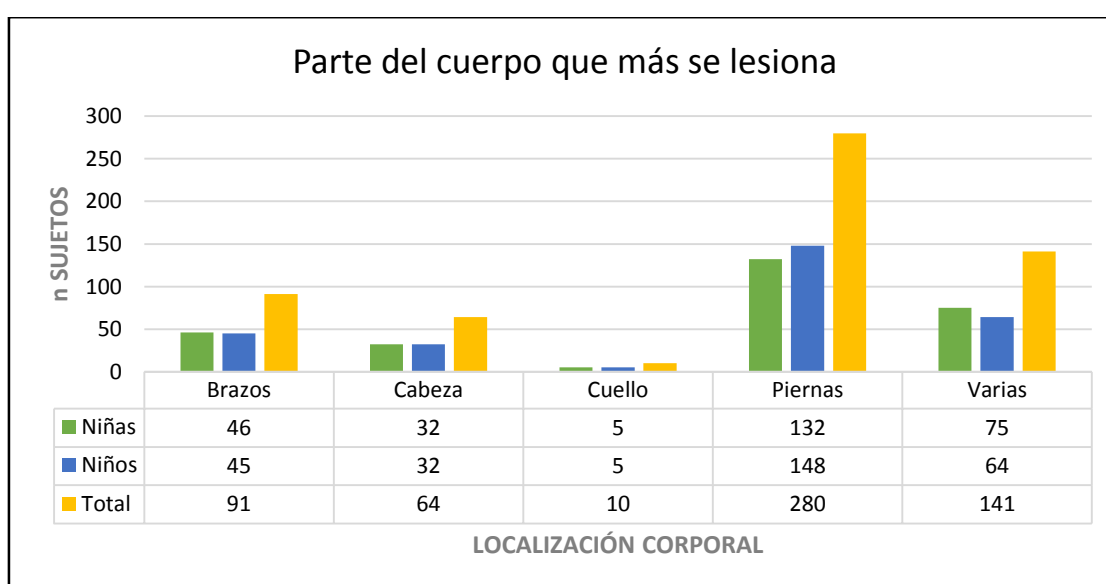


Figura 72. Percepción de la parte del cuerpo que se lesiona con mayor frecuencia

El cuestionario estructurado se cierra con la pregunta de qué tratamiento suele ser el más frecuente y la hora de atender las lesiones que se producen en el entorno escolar y la visión de los niños y niñas que han participado en esta muestra vuelve a ajustarse a los datos de incidencia elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INE en el año 2006. En esta encuesta se recoge que un 25% de los accidentes que se producen entre los 5 y los 15 años suceden en el centro escolar. En este estudio no constan datos respecto a qué porcentaje de este colectivo es atendido en el propio centro escolar, sí se conoce un 16,67% consultó a un médico o enfermera/o, un 59,95% acudió a un centro de urgencias, otro 17,02% no requirió realizar ninguna consulta ni atención y tan sólo el 5,46% precisó el ingreso en un centro hospitalario.

Si tenemos en cuenta las necesidades detectadas por las asociaciones de enfermería escolar de nuestro país, los sindicatos de enseñanza y otras organizaciones vinculadas al ámbito escolar, son los propios docentes quienes brindan esta primera atención. En los centros en los que existe la figura de la enfermera escolar se reduce el número de consultas a los servicios de urgencias, traslado a los centros de salud, con el consiguiente trastorno que se ocasiona en cuanto a irrupciones de la jornada escolar (Fernández, Martínez, Del Rey, & Carrasco, 2001).

Un 42% de las niñas y un 49 % de los niños considera que la atención se presta en el botiquín del colegio bien por el profesorado que tutoriza el grupo de referencia, bien por el profesorado de guardia durante recreo, por el personal de portería, etc., En segundo lugar, la atención se recibe en el hospital de referencia (tal y como señalan un 24,6% de la muestra), en un centro de salud próximo o en la mutua asociada al centro. Se trata, en su mayoría de tipos de lesiones que con la atención de primeros auxilios suelen llevar un curso de cura (limpieza de la zona, desinfección, evitar el inflamación, apósitos) adecuado.

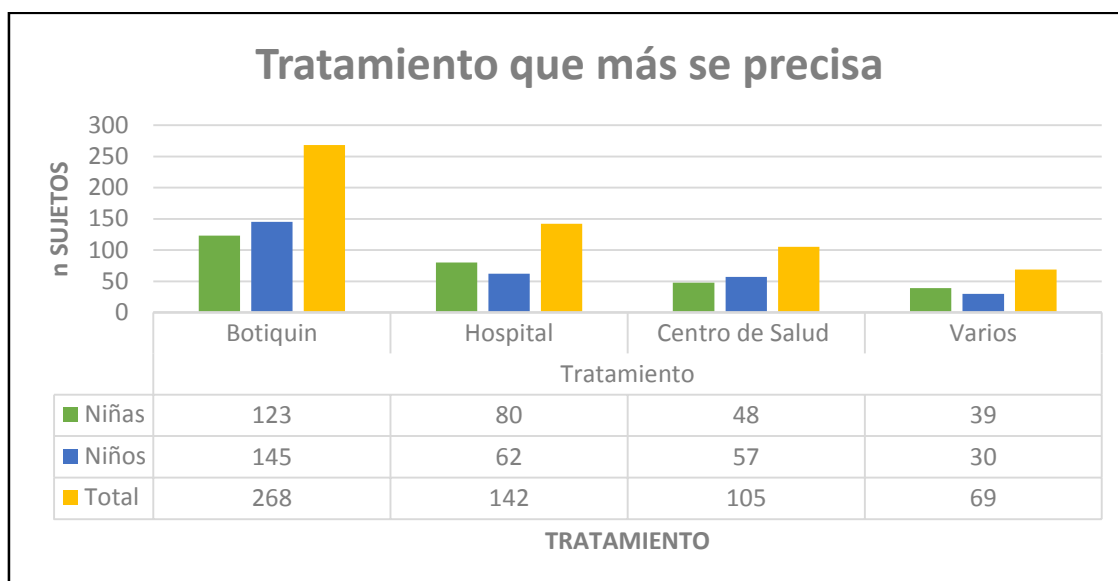


Figura 73. Percepción del tratamiento que se precisa con mayor frecuencia

Sin embargo, este matiz de carencia de “gravedad” es en sí mismo un riesgo, que no conviene dejar sin consideración, a la hora de arbitrar medidas y medios necesarios para reducir al máximo la ocurrencia de accidentes.

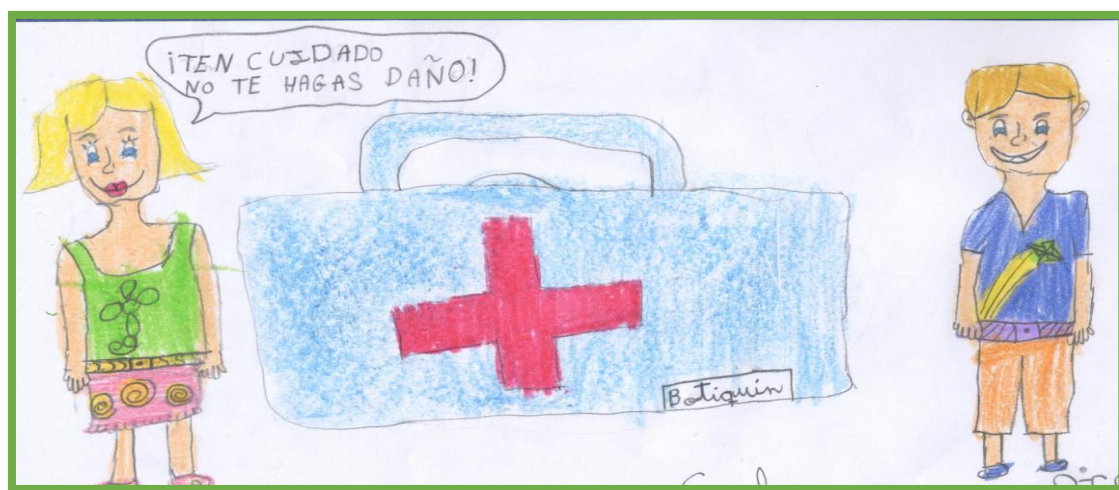


Figura 74. Dibujo de niña de 9 años centro rural. *Botiquín escolar*

El espacio abierto a observaciones para que los niños y niñas que lo deseen puedan añadir algún dato más, recoge un escaso porcentaje, (1,5%) pero no por ello carente de aportación perceptiva e interpretativa, tal y como se recoge en el apartado previo de análisis cualitativo.

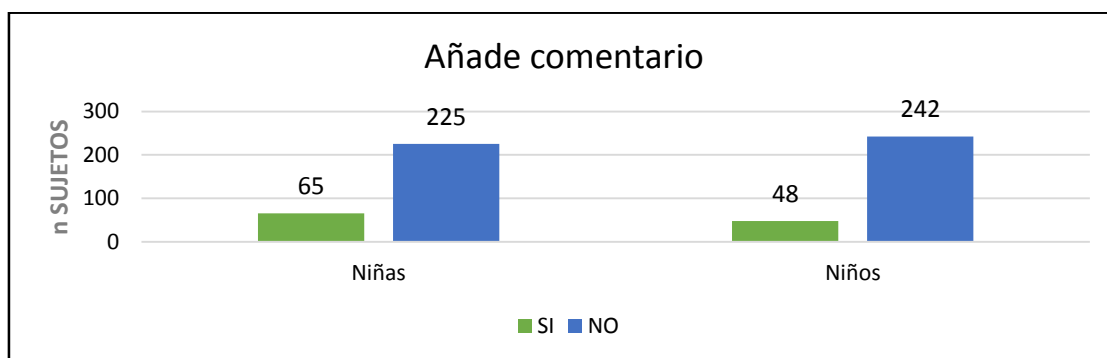


Figura 75. Comentarios personales de niños y niñas

Con los datos recogidos se ha elaborado un pictograma en el que se tipifica la percepción infantil de los accidentes que se producen en los centros escolares en los niños y las niñas de 8 y 9 años, las circunstancias en las que éstos se originan, el tipo de lesiones y la atención requerida. Se sintetizan así los primeros resultados que permiten la consecución de los objetivos propuestos en el proyecto, de forma global, satisfactoria.

Estos hallazgos vislumbran que la mirada infantil de los 584 participantes percibe que son los niños de 9 años en la hora del recreo de los viernes del mes de Mayo, cuando juegan en el patio del colegio, quienes más posibilidades tienen de sufrir un accidente en el que la interrelación entre iguales es un factor implicado (peleas, golpes, empujones). La lesión más frecuente es un raspazo o erosión, en los miembros inferiores y el tratamiento que se precisa es la atención en el botiquín escolar. De estos datos se desprende que la colaboración de una enfermera en los centros educativos podría contribuir a garantizar la atención y el cuidado en el botiquín escolar de los accidentes que se producen habitualmente.

Por el contrario en este mismo análisis encontramos que son las niñas de 9 años en horas inespecíficas de los martes del mes de noviembre en el aula, las que presentan un menor riesgo de sufrir un accidente. Los elementos implicados, incluyen una inadecuada manipulación del material escolar, y las lesiones que se pueden presentar ocurren generalmente en las manos: pequeñas contusiones, cortes con tijeras, erosiones en la piel, etc. de pequeñas consideración que se resuelven en el botiquín escolar o en el aula.

SEXO	EDAD	HORA	MES	DÍA	LUGAR	ELEMENTO	LESIÓN	AFECCIÓN	TRATAMIENTO
1º niño MASCULINO	9	12:00	MAYO	1	Parque infantil	Caída de un niño	Herida en la pierna	Fractura de la pierna	Atención en el botiquín
2º niño MASCULINO	9	12:00	junio	1	Corredor de la escuela	Caída de un niño	Herida en la pierna	Fractura de la pierna	Atención en el hospital
3º niño MASCULINO	8	12:00	junio	1	Parque infantil	Caída de un niño	Herida en la cabeza	Fractura de la cabeza	Atención en el botiquín
4º niña FEMENINO	9	12:00	MAYO	1	Calle	Caída de una niña	Herida en la cabeza	Fractura de la cabeza	Atención en el botiquín

SEXO	EDAD	HORA	MES	DÍA	LUGAR	ELEMENTO	LESIÓN	AFECCIÓN	TRATAMIENTO
50 niño PASADIZO	8 niño PASADIZO		Marzo	M	Varios		Varios		
60 niña PASADIZO	9 niña PASADIZO		Enero	J					
70 niña PASADIZO	8 niño PASADIZO		Febrero	L					
80 niña PASADIZO	9 niña PASADIZO	Varios	Noviembre	Martes		Varios	Varios	Varios	

Figura 76. Pictograma de tipificación de accidentes percibidos en orden de frecuencia

7.3.3. Análisis diferencial del contenido del dibujo en función del género.

A partir de este momento se abre otra sección en el análisis de los datos. Se trata de profundizar en el contenido de los dibujos/eslóganes que les pedimos que elaboren, teniendo en cuenta las cuestiones a las que acaban de responder. Pretendemos averiguar qué información ha pesado más, qué códigos emplearían los propios niños y niñas, qué situaciones son referidas con mayor regularidad, etc. He aquí una primera aproximación de los datos encontrados:

En cuanto al **contenido del dibujo**, encontramos que los contenidos de prevención ocupan el primer lugar, con un 28%♀ y un 35%♂, seguidos de varios contenidos, sin que llegue a predominar ninguno de ellos. Aquellos que se orientan hacia el cumplimiento de la normativa de tráfico, normas de salud y convivencia medioambiental descienden hasta un 2% ♀ y 3%♂. El porcentaje que dirige la atención hacia el auxilio o la cura de la lesión asciende hasta un 10%♀ y 11%♂. Los contenidos vinculados a la convivencia mantienen una proporcionalidad similar. Es de subrayar que aquellos que incluyen contenidos relacionados con la convivencia negativa son un 12% de los niños frente al 7% de las niñas.

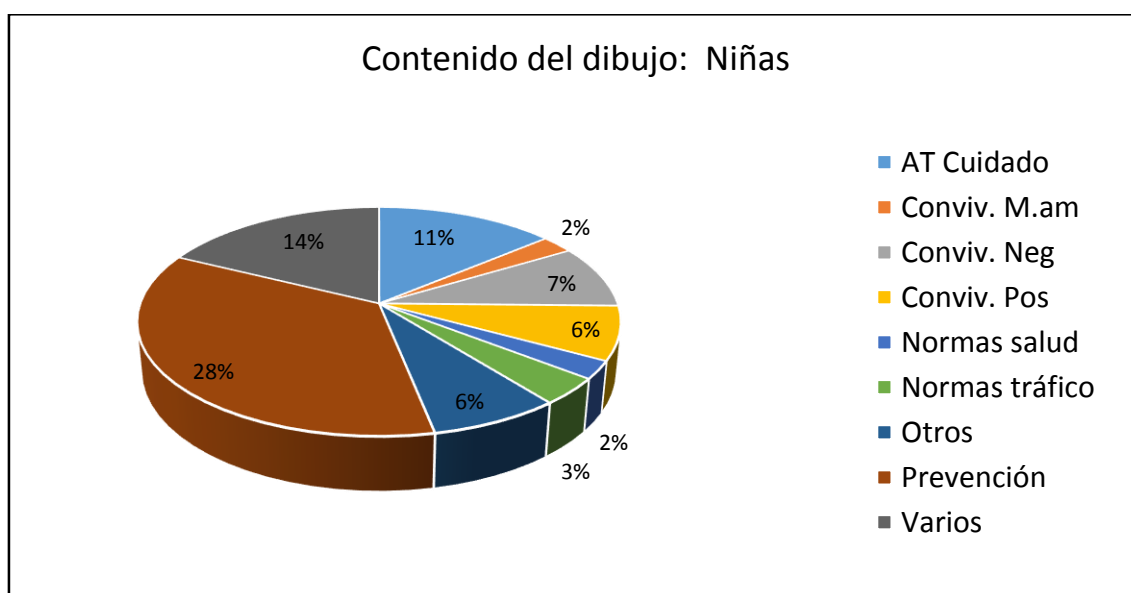


Figura 77. Análisis del contenido del dibujo de las niñas

Existen diferencias de género en cuanto al comportamiento y actitudes entre iguales en la niñez. No existen explicaciones con suficiente respaldo que corroboren un mayor predominio de trastornos psicopatológicos en niños que en niñas. Las principales hipótesis explicativas de las diferencias de género de este fenómeno se recogen en el artículo elaborado por Cova, Valdiva y Maganto en el año 2005. Describen las hipótesis artificiales, vinculadas a los informes de padres y profesores, las hipótesis biológicas, asociadas al desarrollo neuroevolutivo, y las hipótesis ambientales entre las cuales se encuentran los patrones de socialización, la exposición a la adversidad psicosocial y el desarrollo emocional, social y cognitivo.



Figura 78. Dibujo de niño de 8 años centro rural. *Las peleas terminan en caídas*

Se concluye que los trastornos psicopatológicos son más frecuentes en hombres en la niñez, pero sin embargo puede existir una minusvaloración de los trastornos en las niñas, que tradicionalmente ha recibido menos atención que la de los niños, y además tiende a estar más invisibilizada por su carácter menos disruptivo.

En el aula escolar el hecho de que los niños varones interrumpen más en las clases, presten menos atención a las explicaciones o su participación sea menos reglada, requiere que el profesorado dedique un mayor esfuerzo para motivarles. Este sobreesfuerzo que realizan los docentes puede tener una doble interpretación. Por un lado se procura tener en cuenta a estos chicos, para que

no se desvinculen del resto del grupo, pero por otro lado, esta atención puede reforzar sus conductas inapropiadas y aminorarlas en las niñas.

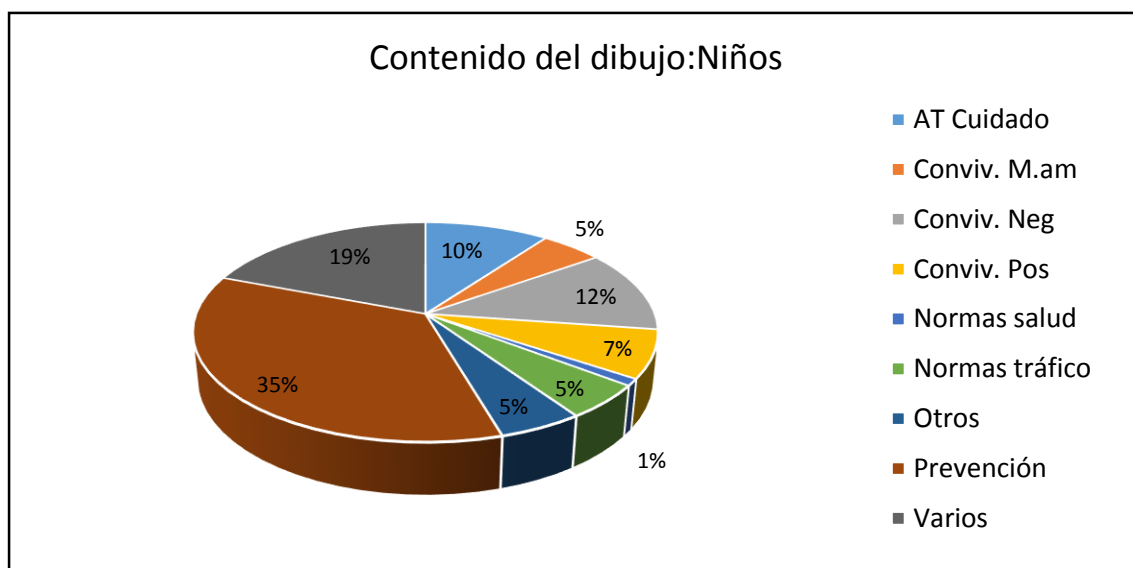


Figura 79. Análisis del contenido del dibujo de los niños

Si nos detenemos a ver cuál es el **tipo de lesión** que con mayor frecuencia se ha representado encontramos que los golpes, chichones y otros ocupan el primer lugar, entre un 13 ♀ y un 15% ♂. Las heridas, cortes y fracturas les siguen en orden de importancia con escasa variabilidad entre los dos grupos. Un 3% de las niñas y un 2% de los niños representan las fracturas. Las heridas y cortes mantienen esta misma tendencia, un 3%♀ y un 4%♂ y en las fracturas, son las niñas las que dibujan éstas en un 3%, mientras que sólo 2% de los niños las tiene en cuenta.

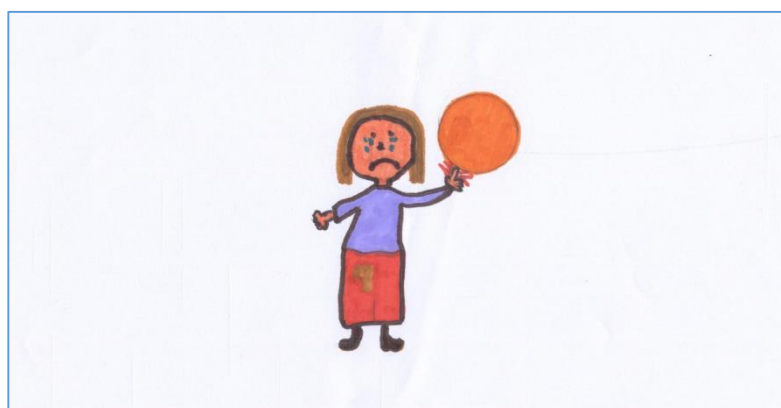


Figura 80. Dibujo de niña de 8 años centro urbano. *Dedo lesionado*

Las intoxicaciones y quemaduras prácticamente son inexistentes (0% ♀ y 0,6%♂). Si diferenciamos los factores de riesgo estático, incluyendo el edificio, los locales y los aparatos e instalaciones, podemos observar que los entornos escolares de nuestra comunidad garantizan la seguridad cumpliendo las normativas propuestas en el Real Decreto 73271995, la Ley Orgánica 2/2006 y el Real Decreto 132/2010. Son los factores de riesgo dinámico, centrados en las personas, en las relaciones que se establecen entre éstas y entre los escolares y su entorno, en los que más ha de incidirse en las actividades preventivas (Gairín y Castro, 2011).



Figura 81. Dibujo de niño de 9 años centro urbano. *El fuego quema*

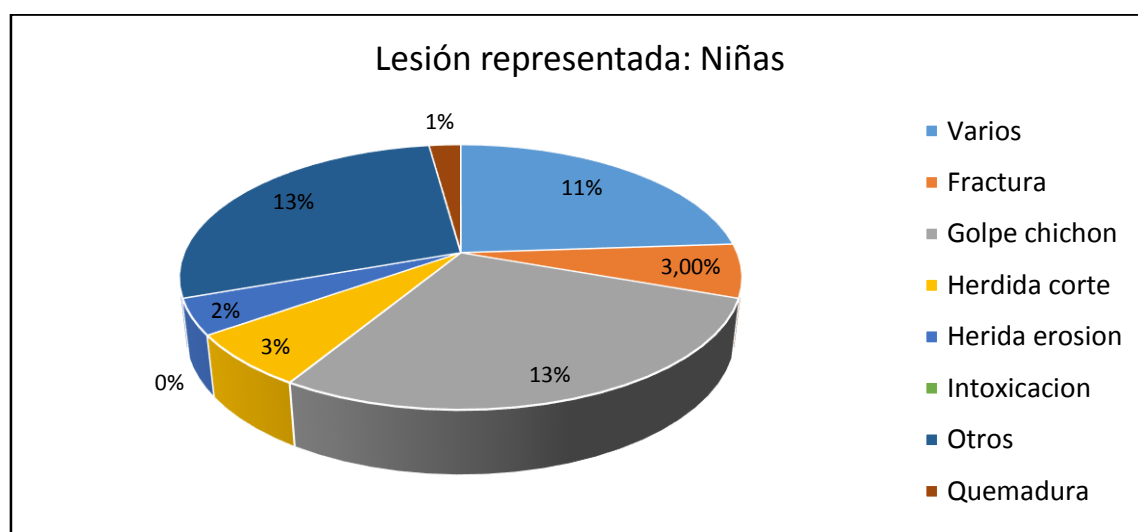


Figura 82. Lesión representada en el dibujo de las niñas

Como ya se ha expuesto en la primera parte de este trabajo, son escasos los estudios dirigidos a conocer la accidentalidad escolar. Se toman como referencia los llevados a cabo por Blanchi & Sumala (2004); Boles et al., (2005); Concheiro et al., (2006); Khambalia et al., (2006); Kattan et al., (2011); Kingham et al., (2011) y Kochanek et al., (2012). La incidencia de los accidentes escolares y el tipo de lesiones identificadas guarda cierto paralelismo con las representadas por el alumnado de primaria. En este caso, sólo hacen referencia a los que ocurren en el centro escolar, en contraposición a las generalidades de la accidentalidad infantil recogida en los estudios referidos anteriormente.

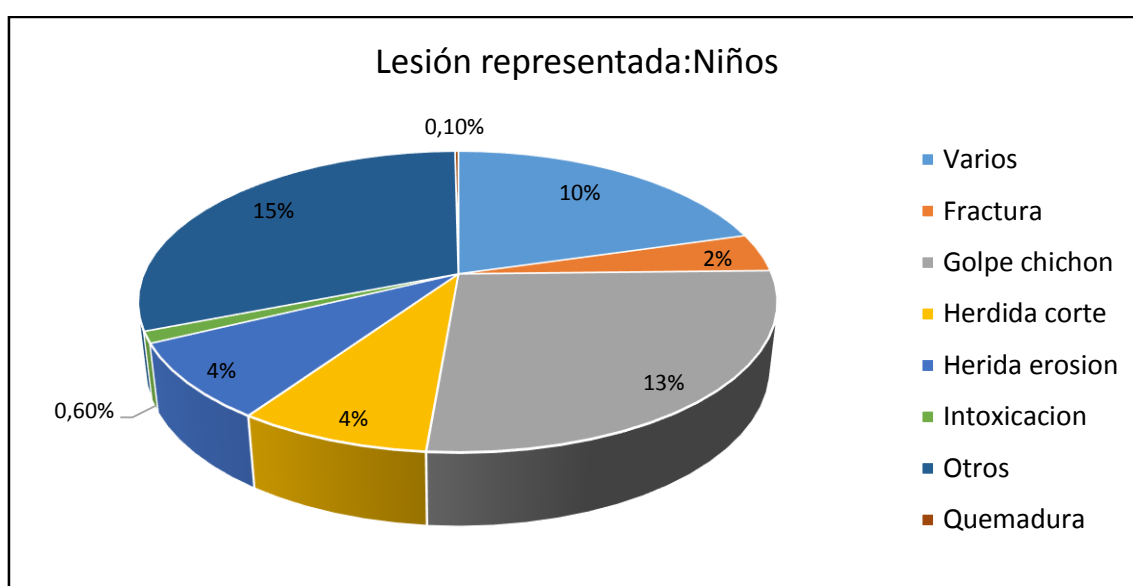


Figura 83. Lesión representada en el dibujo de los niños

En cuanto a aquellos dibujos que han representado el **mecanismo** del accidente destaca que un 30 % de las niñas y un 36% de los niños dirigen su atención a los incidentes que tienen que ver con respetar señales de normativa de tráfico, como: controlar la velocidad, cruzar en el momento oportuno, tener precaución en situaciones peculiares como obras o estar próximo a una afluencia masiva de escolares...



Figura 84. Dibujo de niña de 8 años de centro rural. *Respetar las señales*

Sin embargo, el siguiente grupo más numeroso que refleja el mecanismo de accidentes se centra en otros (atrapamiento de dedos, manipulación inadecuada de objetos: 16% niñas, 15% niños), seguido de empujones (13% niñas, 10% niños), caídas (9% niñas, 8% niños), actividades escolares deportivas que conllevan empujones/zancadillas en portería (18% niñas, 20 % niños) con una menor importancia de otros mecanismos (7% niñas, 6% niños).

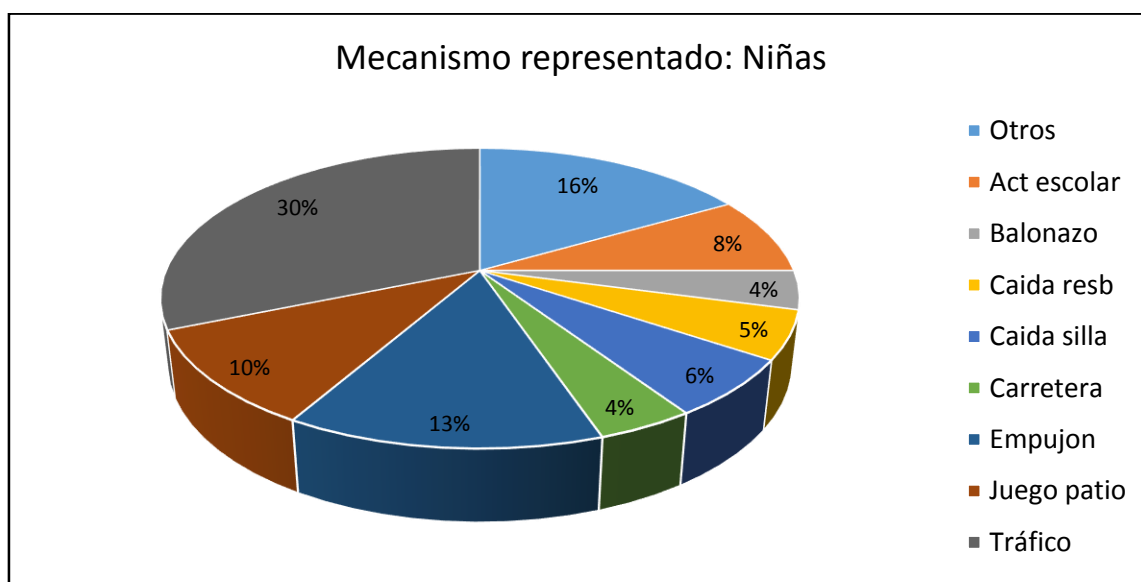


Figura 85. Mecanismo representado en el dibujo de las niñas

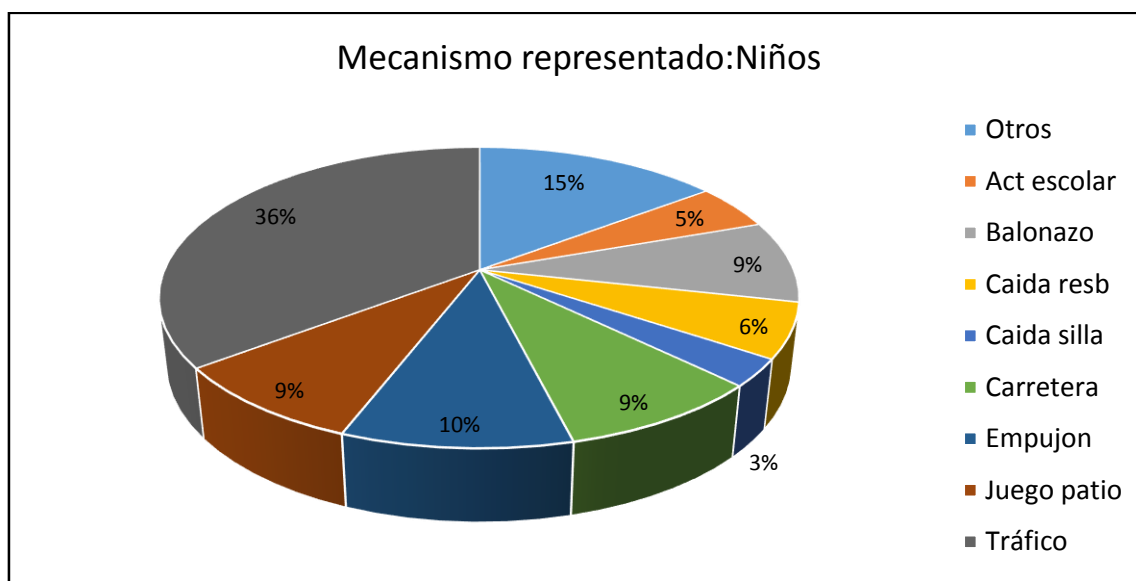


Figura 86. Mecanismo representado en el dibujo de los niños

La inclusión de **personas** en el dibujo es un dato importante para el análisis. Más de la mitad de la muestra (57%) dibuja sólo a sus pares. Se representan en situaciones cotidianas, muchos en el patio o fuera del aula. Podría interpretarse que son momentos en los que las relaciones entre iguales no están supervisadas por los adultos y es en estos períodos cuando puede existir mayor riesgo de accidentalidad.

Un 13% de los niños y un 15% de las niñas incluyen adultos en sus dibujos, generalmente representados como figura de apoyo, auxilio o, por el contrario, como causantes de lesión en los accidentes de tráfico. Otro dato destacable es que las figuras en las que existen agresiones hacia uno mismo o hacia los iguales son más pequeñas y taciturnas que las que representan relaciones de ayuda y colaboración, mayores y de expresión sonriente.



Figura 87. Dibujo de niña de 9 años centro urbano. *Conflictos en el fútbol femenino*

Como ya hemos referido las técnicas proyectivas gráficas en el psicodiagnóstico infantil han sido empleadas desde varias perspectivas. En este estudio, el valor añadido a la respuesta escrita lo aporta la creatividad y espontaneidad que se recoge en sus creaciones libres. La función simbólica de estas contribuciones proporciona respuesta a interrogantes que de otra manera serían difíciles de resolver. Se dibujan en compañía de amigos, solos, en presencia del adulto, etc.

En ocasiones (15%♀ y 13%♂), los docentes aparecen ejerciendo de mediadores en los conflictos que suceden entre niños y niñas. También son representados en situaciones de peligro, en disposición de ayudar o de compartir. Los niños perciben que el profesorado brinda apoyo y acompañamiento tanto en el aula como fuera de ella, ver Figura 88.

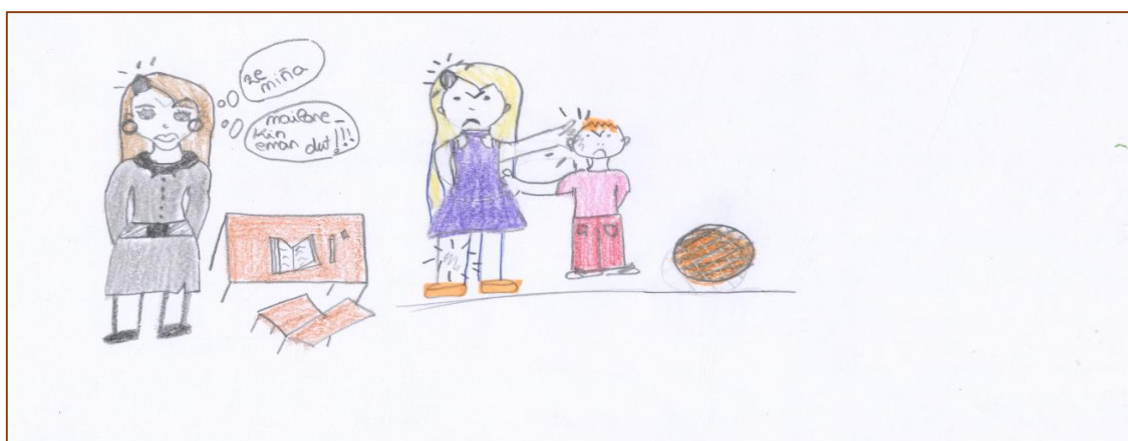


Figura 88. Dibujo de niña de 9 años centro rural. *Maestra mediando en conflictos.*

Son varios los autores que atribuyen a la representación plástica infantil un papel fundamental en la visibilización de las vivencias de los pequeños/as. En este sentido (2000), López-Bosch et al. (2002), Horstman et al. (2008), Stern (2008), Kaname (2012), Echenique et al. (2014), Di Leo (2013) y Angell et al. (2014) consideran el dibujo infantil como una herramienta valiosa para profundizar en los sentimientos de los pequeños/as y ahondar en su mundo interior. Las creaciones plásticas elaboradas por los participantes de esta investigación, respecto a la percepción de los accidentes son una de las mejores guías de evidencia de los acontecimientos cotidianos que suceden en su tiempo escolar

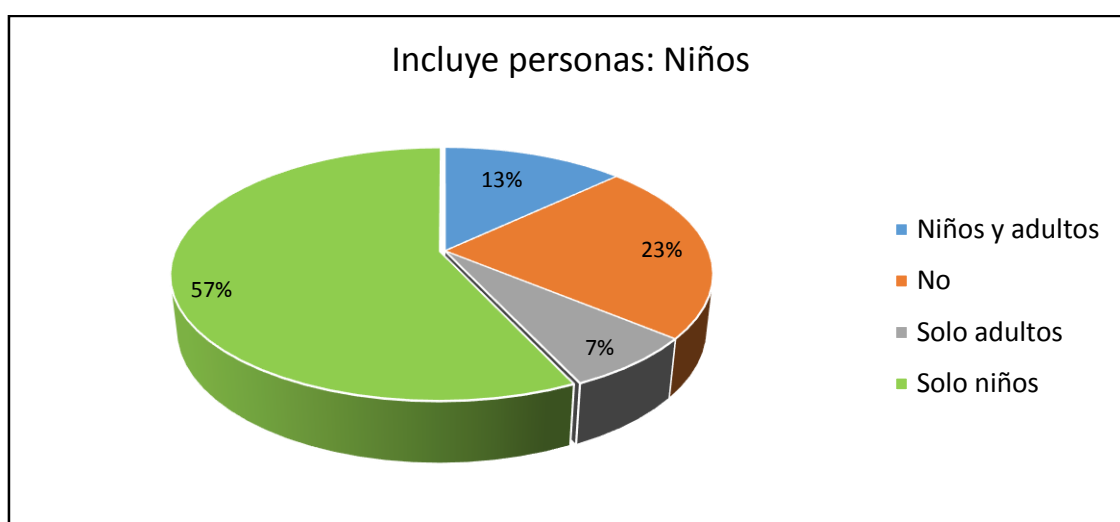


Figura 89. Representación de personas en el dibujo de los niños



Figura 90. Dibujo de niña de 8 años centro rural. "Convivencia medioambiental"

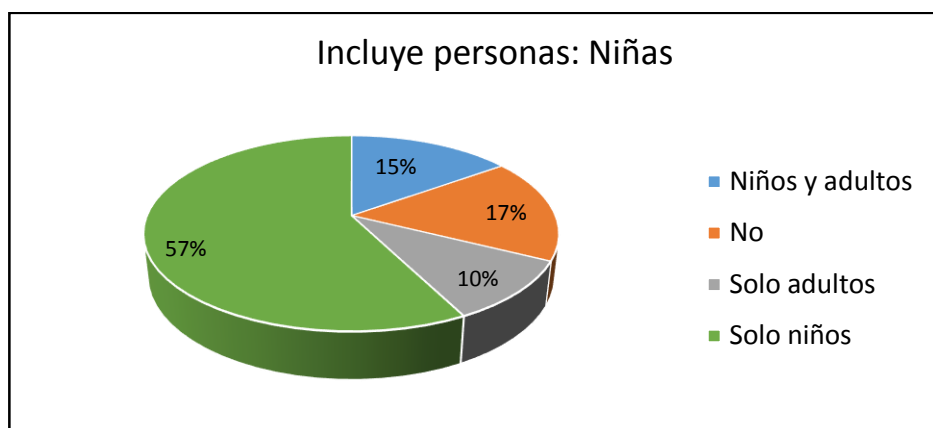


Figura 91. Representación de personas en el dibujo de las niñas

En cuanto a los **elementos** incluidos, cabe destacar que un 25% de las niñas y un 30% de los niños/as de la muestra incorporan elementos del material de juego: por un lado, los que forman parte de la infraestructura (columpios, balancines...) y, por otro, los asociados a la realización de determinados deportes (predominantemente fútbol, seguido de bicis y patines). Las ventanas, puertas y escaleras se incluyen en una pequeña proporción junto con elementos diversos y externos al centro como los coches, grúas, etc. Otro grupo de imágenes que ocupa un 21 % de las niñas y un 22 % de los niños está relacionada con otros elementos. Además, se incluyen los clasificados en elementos de carácter tóxico, material escolar, porterías, etc.

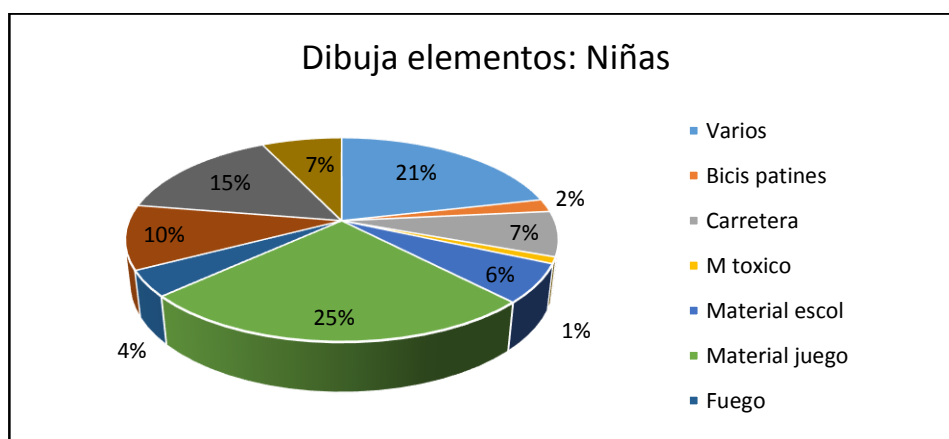


Figura 92. Representación de elementos implicados en el dibujo de las niñas



Figura 93. Dibujo de niño de 8 años centro rural “Prohibido subirse a la canasta”

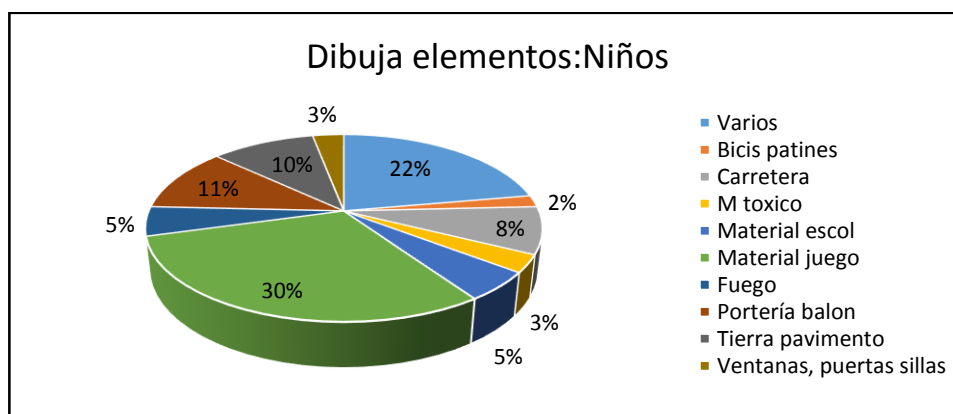


Figura 94. Representación de elementos implicados en el dibujo de los niños

Por lo que se refiere a las **acciones** representadas en mayor medida son las deportivas (36% ♀ y 40% ♂) seguidas de las relacionadas con el tráfico como cruzar (10% ♀ y 8% ♂). Otras relacionadas con hábitos de convivencia se representan en menor medida (jugar en el patio 8% ♂ y 7% ♀; correr por los pasillos 4% ♂ y 4% ♀...). Por su parte, están también las que se llevan a cabo en aula, en desplazamientos internos del centro como subir/bajar escaleras en menor medida (3% ♀ y 2% ♂). En conjunto parece ser que el tema de juego deportivo en patio o lugares exteriores del centro tiene un peso específico en el comportamiento relacional de los niños y niñas ya que tan sólo un 8% de los niños y un 7% de las niñas dibujan columpios, por ejemplo.

La actividad física y el movimiento entrañan un mayor riesgo de sufrir un accidente. La minimización del peligro pasa por un empoderamiento de la situación y una activación de los recursos. Ya que, coincidimos con la postura de Quennerstedt (2008) cuando postula la necesaria relación entre la actividad física y la salud desde una perspectiva salutogénica. En este sentido, la actividad física y el movimiento pueden ser considerados como algo más que la mera protección contra las enfermedades ligadas al estilo de vida. El camino por el que el riesgo se evita, pasa por implementar unas medidas de prevención adecuadas, que incluyan un entrenamiento individualizado y el fomento de la autonomía y seguridad en el ejercicio de la actividad dinámica.

Desde un enfoque salutogénico, experiencias únicas y comunes de los alumnos/as, respecto a su cuerpo, el movimiento, la creatividad, la sensopercepción, la expresión corporal, la danza, o la vida al aire libre pueden contribuir a una visión más amplia de la salud.

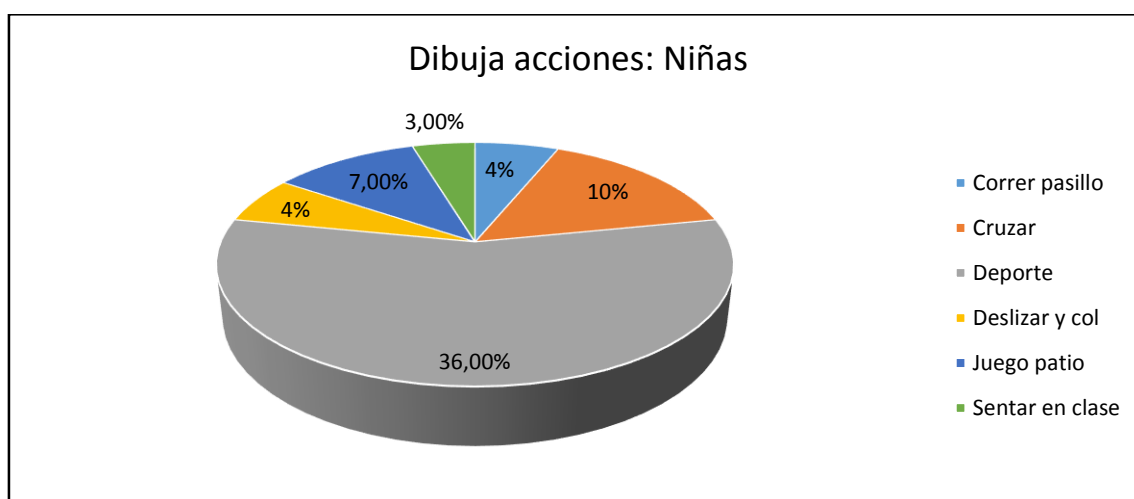


Figura 95. Representación de acciones en el dibujo de las niñas

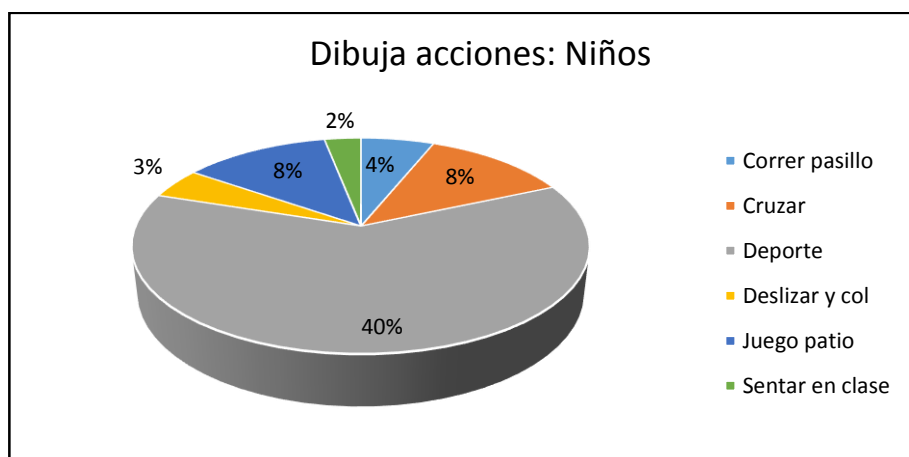


Figura 96. Representación de acciones en el dibujo de los niños

En cuanto a la representación de señales, más de la mitad de los niños y niñas han querido diseñar algún tipo de señal gráfica de aviso o precaución, con lo que podemos crear una expectativa muy positiva respecto a la realización de posibles actividades que incluyan la materialización de reglamentos empleando el propio código de los niños/as. La información anterior se completa con los mensajes y eslóganes escritos (73,7%).

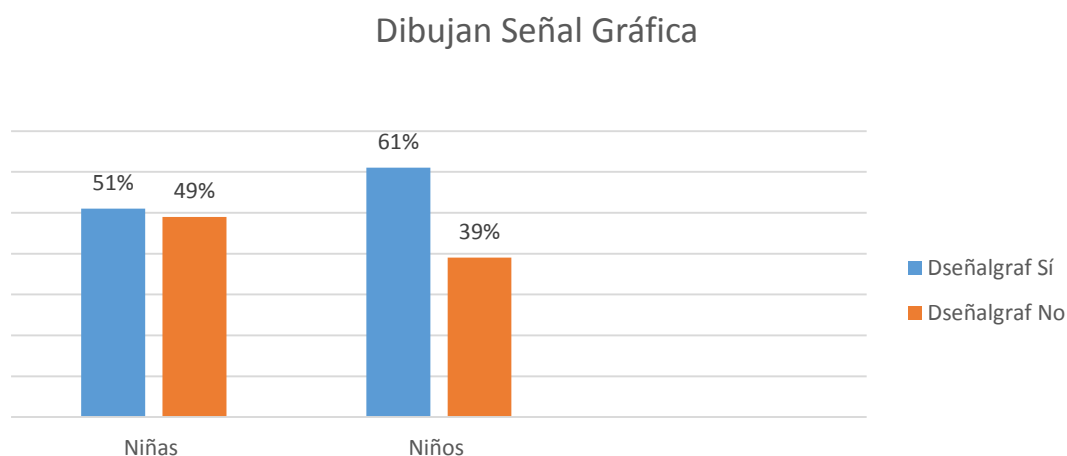


Figura 97. Representación de señal gráfica en el dibujo

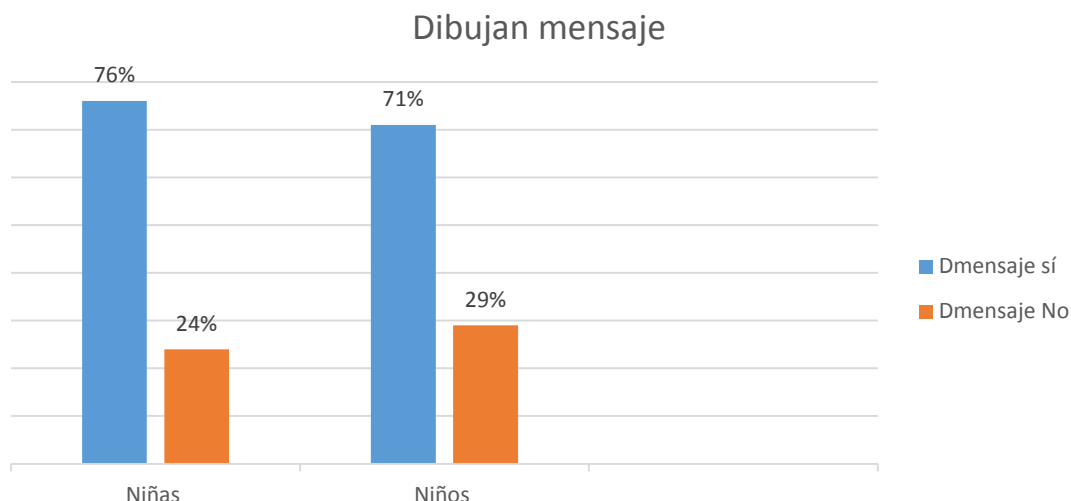


Figura 98. Representación de mensaje en el dibujo

En el estudio que llevamos a cabo, los lemas (eslóganes) que se recogen junto con los dibujos, aluden a aquellas situaciones que resultan beneficiosas o perjudiciales relacionadas con la seguridad en distintos momentos. Los niños y niñas intentan llamar la atención sobre las conductas y actitudes, remarcando ciertas cualidades o tratando de asociarlas a un valor simbólico. Difundir los beneficios de jugar con deportividad, prestar atención, saber pedir perdón, emplear adecuadamente el material, etc. y generar un deseo o necesidad de que los compañeros y compañeras adquieran este tipo de competencias son varias de sus finalidades. Apelan a la mnemotecnica para facilitar el recuerdo de algo. Los juegos de palabras, estribillos, rimas y onomatopetas y determinadas secuencias de imágenes han sido algunos de los recursos utilizados.

7.3.4. Análisis correlacional de la percepción de los escolares con la atribución de un porqué a los accidentes y con la identificación de mecanismos de evitación.

La percepción que se recoge acerca de la accidentalidad escolar está constituida por un conjunto de factores acotados operativamente como variables que se pueden agrupar, de forma similar al estudio de Davó et al. (2014), en dos niveles: 1) atribución de un porqué a los accidentes e 2) identificación de mecanismos de evitación. En concreto se busca establecer relaciones de concomitancia entre

estas variables para conocer cuál es su correspondencia. Se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson, explicado en el capítulo de metodología.

Como se puede observar en la Tabla 25, aparecen correlaciones positivas moderadas (r entre 0,40 y 0,69) entre las variables de ‘atribución de una razón’ y la enumeración de cuáles son los accidentes que ‘pueden evitarse’ ($r=0,596$). Existe también correlación positiva entre la ‘conducta de riesgo’ que niñas y niños consideran que puede ser el ‘resultado del accidente’ ($r=0,464$).

Existe la misma correlación positiva entre la variable ‘situaciones de accidentalidad’ y, por un lado, la ‘relación entre iguales’ ($r=0,544$) y, por otro lado la ‘demanda de ayuda del adulto’ ($r=0,544$). El ‘resultado del accidente’ correlaciona con la ‘conducta de riesgo’ ($r=0,464$). Por su parte, la ‘interrelación’ en esta edad presenta correlación por un lado ($r=0,544$) con las ‘conductas de riesgo’ (juegos de contacto físico y la vivencia de la corporalidad a través del juego motor) y por otro con la ‘convivencia’ ($r=0,41$) presente en los lugares de encuentro común referidos en los estudios de Burgos (2011).

La percepción de una mayor incidencia de accidentes en niños varones correlaciona con la creencia de que los accidentes ‘pueden evitarse’ ($r=0,596$) y con la elaboración de ‘mecanismos de evitación’ ($r=0,471$).

Otra de las creencias expresada por los niños/as que trata de explicar porqué existe una mayor accidentalidad en los niños varones apunta a la ‘interrelación’. Esta variable alcanza correlaciones positivas con la descripción del ‘resultado del accidente como causa’ ($r=0,757$), y con la elaboración de medidas para evitarlos, entre ellas, la ‘convivencia positiva’ ($r=0,736$), el ‘empleo de mecanismos de ayuda’ ($r=0,817$) o el ‘arbitrio de mecanismos de prevención’ ($r=0,895$).

La relación de los niños varones con sus iguales se percibe como potencialmente generadora de riesgos. Es decir, los niños/as que apuntan entre sus respuestas a la interrelación como una de las causas de mayor accidentalidad en varones, expresan además que el propio resultado del accidente puede ser la causa del mismo, siendo capaces de elaborar medidas de evitación que abarcan la esfera de la convivencia y el desarrollo de una cultura preventiva.

Los niños y niñas creen que algunos de los accidentes que se pueden evitar son aquellos en los que implican algún ‘mecanismo de ayuda’. A su vez esta variable correlaciona positivamente con la identificación de los distintos tipos de accidentes que ‘se pueden evitar’ ($r=0,757$) y la descripción de algunos modos de hacerlo como: la ‘convivencia positiva’ ($r=0,710$), el ‘empleo de mecanismos de ayuda’ ($r=0,792$) o el ‘arbitrio de mecanismos de prevención’ ($r=0,895$).

A la luz de estos resultados podemos **confirmar** la hipótesis de trabajo que plantea que *la **identificación de las causas** de accidentes escolares por parte de los niños y niñas participantes en el estudio correlaciona significativamente con la **percepción de la tipología de riesgos a evitar***, y más concretamente con aquellos que tienen que ver con una mayor accidentalidad en los niños varones. La correlación expuesta anteriormente asocia el resultado del accidente como causa y la interrelación con la descripción de la tipología de accidentes que pueden evitarse.

Tabla.25. Correlación de Pearson entre la Percepción de los escolares y la atribución de un porqué a los accidentes.

	Añade porqué	Conducta de riesgo	Resultado de accidente	Interrelación	Añade cuáles	Convivencia	Mecanismo de ayuda
Más accidentes los NIÑOS							
Añade porqué					0,596		
Característica Personal							
Conducta de riesgo			0,464	0,544			0,544
Resultado accidente		0,464		0,757			
Interrelación		0,544	0,757			0,41	0,92
Pueden evitar							0,757
Añade cuáles	0,596					0,535	
Accidente							
Convivencia							
Mecanismo de ayuda		0,544	0,757	0,92		0,673	
Evitar otros							
Añade cómo evitar	0,471						
Conductas de precaución					0,603		
Regulación con señales				0,409			0,431
Evitación Conductas Riesgo				0,514			0,514
Demanda Ayuda Adulto		0,453					
Convivencia POSITIVA			0,581	0,736			0,71
Convivencia NEGATIVA			0,436	0,514			0,56
Restitución Conducta Negativa		0,464		0,521			0,498
Emplear Mecanismos Ayuda		0,565	0,685	0,817			0,792
Arbitrar Mecanismos Prevención			0,734	0,895			0,895
Valores Carácter General			0,507	0,607		0,512	0,607

En la Tabla 26, se observan correlaciones moderadas entre las variables que apuntan al establecimiento de medidas de prevención. En primer lugar, la ‘evitación de conductas de riesgo’ correlaciona con la variable ‘demanda de ayuda del adulto’ ($r=0,453$), la ‘restitución de la conducta negativa’ ($r=0,464$) o el ‘empleo de mecanismos de ayuda’ ($r=0,565$). El propio ‘resultado del accidente’ podría evitarse, tal y como apuntan los datos que correlacionan esta variable con las denominadas ‘convivencia positiva’ ($r=0,436$), ‘recursos de apoyo o de ayuda’ ($r=0,581$) ‘restitución de la conducta negativa’ ($r=0,685$) y ‘arbitrio de medidas preventivas’ ($r=0,507$). Esto se articula como perfil de respuesta variada a la complejidad, lo que alude claramente a la interrelación de las tres categorías de competencias clave incorporadas en el informe DeSeCo (2003), que confluyen en conductas de autocuidado y mantenimiento de la propia salud.



Figura 99. Categorías de las competencias clave. Fuente: DeSeCo (2003)

A la luz de estos resultados podemos afirmar que los niños/as que señalan a la ‘evitación de conductas de riesgo’ para desarrollar estrategias de afrontamiento minimizadoras de la accidentalidad escolar, aluden también a la ‘mediación del adulto’ y a la ‘mejora de las actitudes hacia la convivencia’, como medidas que contribuyen al desarrollo de una cultura preventiva. Se **confirma** la hipótesis de

trabajo en la que se contempla que *la percepción de mecanismos de prevención ante accidentes escolares por parte de la muestra participante correlaciona significativamente con la formulación de demandas de medidas de ayuda.*

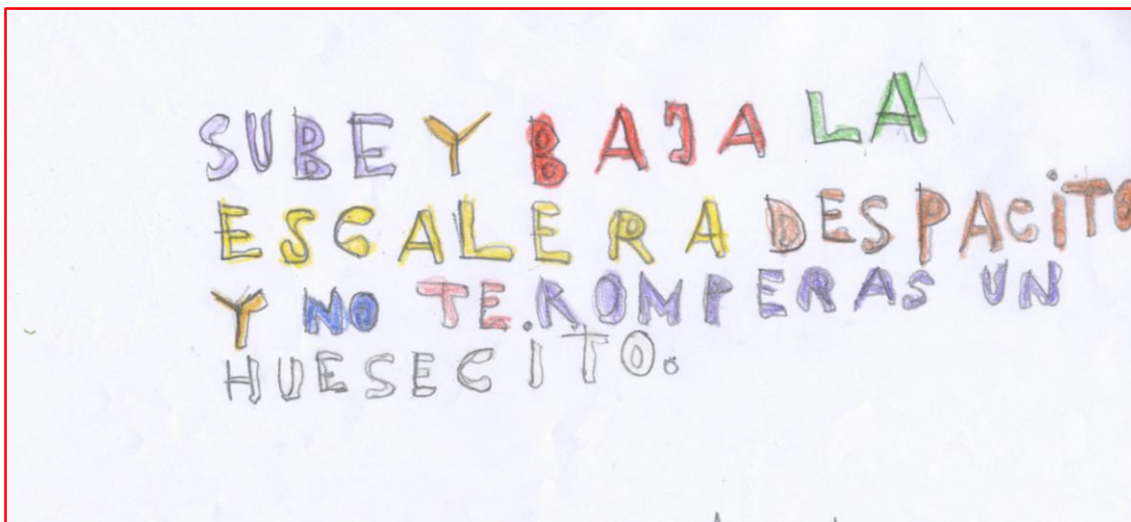


Figura 100. Dibujo de niño de 8 años centro urbano. *Conductas de precaución*

Tabla 26. Correlación de Pearson entre la Percepción de los escolares y la identificación de mecanismos de evitación.

	Añade cómo evitar	Conducta precaución	Regula señales	DAA	CCONV +	CCON -	RCN	EMA	AMP
Más accidentes los NIÑOS									
Añade porqué	0,471								
Característica Personal									
Conducta de riesgo				0,453			0,464	0,565	
Resultado accidente		0,374		0,581	0,436		0,685	0,734	0,507
Interrelación		0,409	0,514	0,736	0,514	0,521	0,817	0,895	0,607
Pueden evitar									
Añade cuáles	0,603								
Accidente									
Convivencia									
Mecanismo de ayuda		0,431	0,514	0,71	0,56	0,498	0,792	0,895	0,607
Evitar otros									
Añade cómo evitar									
Conductas de precaución	1								
Relacionado con señales								0,408	
Evitación Conductas Riesgo				0,4			0,483	0,491	
Demanda Ayuda Adulto									
Convivencia POSITIVA		0,423	0,5	0,423			0,718	0,688	0,512
Convivencia NEGATIVA							0,526	0,491	
Restitución Conducta Negativa								0,474	
Emplear Mecanismos Ayuda			0,483	0,718	0,526	0,502	1	0,768	0,494
Arbitrar Mecanismos Prevención		0,657	0,491	0,688	0,491	0,474	0,768	1	
Valores Carácter General		0,431	0,422	0,512	0,543	0,404	0,502	0,586	0,586

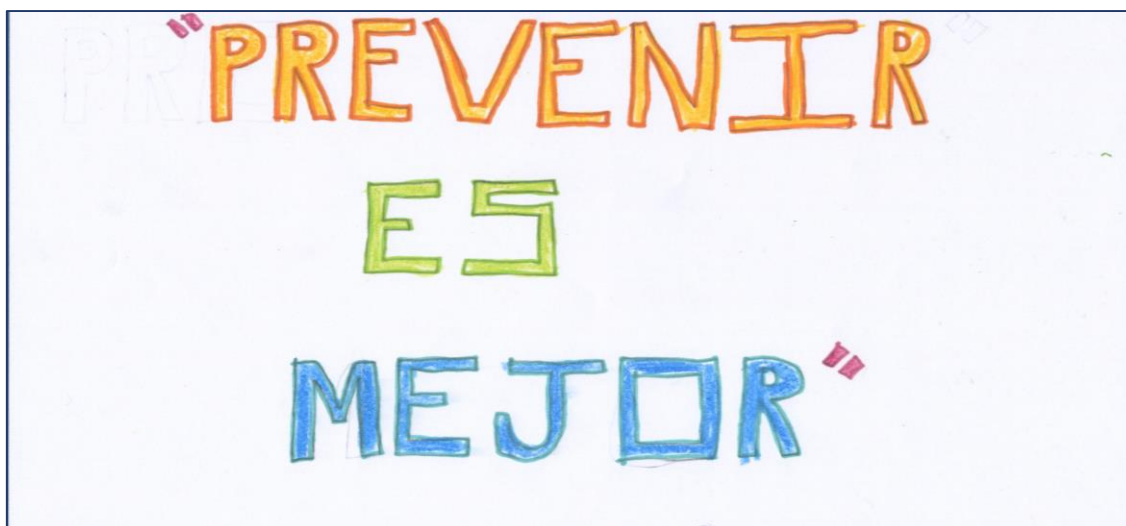


Figura 101. Dibujo de niña de 9 años centro rural *Prevenir es mejor*

Las opiniones de los niños que expresan cómo la ‘restitución de la conducta negativa’ puede ser una manera adecuada de desarrollar estrategias de afrontamiento que correlacionan positivamente con: la ‘atribución de causalidad’ referida al ‘resultado del accidente’ ($r=0,685$), la ‘interrelación’ ($0,736$) y con otras medidas de afrontamiento tales como, el ‘empleo de mecanismos de ayuda’ ($r=0,710$), o el ‘arbitrio de medidas de prevención’ ($r=0,688$). Por lo tanto, se **acepta** la hipótesis de trabajo que postula que la **percepción de mecanismos de prevención ante accidentes escolares por parte de la muestra participante correlaciona significativamente con la propuesta de conductas de restablecimiento de daño entre iguales**, lo que supone una cierta “confusión” o falta de delimitación del concepto de prevención a estas edades y también evidencia el predominio de la asunción de normativas de conducta (instauradas por el adulto), en la dimensión relacional de la convivencia entre iguales.

La atribución de causalidad referida a la variable ‘interrelación’ correlaciona moderadamente con múltiples variables que conforman las estrategias de afrontamiento respecto a los accidentes escolares, elaboradas por los participantes. Entre ellas con ‘conductas de precaución’ ($r=0,409$), ‘regulación mediante señales’ ($r=0,514$), ‘solicitud de una adecuada convivencia’ ($r=0,514$), o ‘evitación de convivencia negativa’ ($r=0,521$). Estos resultados concuerdan con los hallazgos expuestos en apartados anteriores y los de otros autores como

Morrongiello & Matheis (2007), respecto a la elaboración de mecanismos de afrontamiento elaborados por los sujetos vinculados al contexto en el que se producen los accidentes.

La ‘demanda de ayuda del adulto’ correlaciona positivamente con otro número de variables que conforman algunas de las medidas elaboradas por los niños y niñas sobre como ‘emplear mecanismos de ayuda’ ($r=0,718$), ‘arbitrar mecanismos de prevención’ ($r=0,688$) o el ‘desarrollo de valores de carácter general’ ($r=0,512$). Los datos reflejados en la Tabla 26 muestran la influencia de la mediación del adulto en las situaciones y contextos de peligro. Los participantes que hacen referencia a la solicitud de ayuda del adulto, como mediador a la hora de elaborar estrategias que puedan disminuir la accidentalidad escolar, proponen a su vez el desarrollo de valores de carácter general y la adopción de medidas de prevención.

Se alcanza una correlación positiva más alta cuando las opiniones de los participantes respecto al modo de evitar los accidentes sugieren el ‘empleo de medidas de ayuda’. Esta variable correlaciona con la ligada a la identificación de la consecuencia del accidente como causa ($r=0,734$) y a la ‘interrelación’ entre pares ($r=0,895$). Por otra parte el ‘empleo de medidas de ayuda’ apuntado por niños y niñas correlaciona con la ‘convivencia positiva’ ($r=0,688$), el desarrollo de ‘valores de carácter general’ ($r=0,586$) y el arbitrio de mecanismos de prevención ($r=1$).

Las puntuaciones obtenidas en la correlación de las variables extraídas de las opiniones de niños y niñas es un claro exponente del papel activo que se otorga a los participantes en esta investigación y que posibilita la identificación de conductas proactivas y de prevención. Estos resultados **confirman** la hipótesis de trabajo que plantea que ***la percepción de mecanismos de prevención ante accidentes escolares por parte de la muestra participante correlaciona significativamente con la elaboración de estrategias de afrontamiento de riesgos cotidianos.***

7.3.5. Validez estructural del Cuestionario de Percepción de Accidentes Escolares (CPAE).

Para evaluar la estructura del cuestionario a partir de las puntuaciones de las respuestas que lo componen, se ha llevado a cabo un análisis factorial exploratorio de las diferentes atribuciones, medidas de prevención y opinión respecto a los accidentes escolares, valoradas en el CPAE. Se presentan los resultados obtenidos para identificar los factores que pueden ser considerados más importantes a la hora de que los niños y niñas expresen cuál es su percepción respecto a la accidentalidad y qué significados atribuyen a las circunstancias en las que suceden. El objetivo de este análisis es representar las relaciones entre el conjunto de variables en un número sustancialmente menor.

Para el cálculo de la validez estructural del cuestionario se utiliza la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP) incluida en el capítulo de metodología. Tras un análisis descriptivo inicial se obtienen los estadísticos, considerando finalmente un total de 32 atributos para incorporar al modelo. Se presentan en la Tabla 27 los estadísticos correspondientes al estudio de la adecuación de la muestra al modelo.

Tabla 27. Adecuación de la muestra al modelo. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,823
Chi-cuadrado aproximado	3315,223
Prueba de esfericidad de Bartlett	
gl	496
Sig.	,000

Se puede comprobar que la adecuación muestral a este análisis presenta una adecuación a los datos, ya que el estadístico de KMO, que nos indica la proporción de la varianza que tienen en común las variables analizadas, presenta un valor de 0,823, coeficiente cercano a la unidad, que es lo más aconsejado para este tipo de análisis, lo que indicaría una perfecta adecuación de los datos a un modelo de análisis factorial. Mediante la prueba de esfericidad

de Bartlett podemos asegurar que si el nivel crítico es superior a 0,05 entonces no podremos rechazar la hipótesis nula de esfericidad. Como podemos comprobar en nuestro análisis la significación es perfecta, ya que obtiene el valor 0,000, por lo que se puede rechazar la hipótesis nula, considerando el ajuste de las variables mediante el análisis factorial idóneo

Una vez introducidas todas las variables, los datos obtenidos nos ofrecen una matriz definida positiva, condición necesaria para poder continuar con la metodología ACP. Las denominadas comunalidades en el inicio de esta técnica siempre son iguales a uno, cobrando sentido en los componentes obtenidos al final. Al considerar tan sólo un número reducido de factores entre todas las variables observadas, la varianza total no queda totalmente explicada. Por tanto, sus valores oscilarán entre cero y uno, es decir, entre la posibilidad de que los factores comunes no expliquen nada de la variabilidad de una variable, o que por el contrario ésta quede totalmente explicada por los factores comunes.

La Tabla 28 presenta las comunalidades obtenidas para cada una de las variables, una vez realizada la extracción. Así podemos comprobar que variables tales como la Interrelación con un 0,906 de comunalidad, el Mecanismo de ayuda con un 0,895 o Emplear medidas de apoyo con un 0,850, explican en mayor proporción la varianza según su participación en el análisis, mientras que variables como la Edad de más riesgo o una mayor accidentalidad en los niños participan en menor medida con un 0,043 y 0,091 respectivamente en la explicación de dicha varianza.

Tabla 28. Comunalidades

		Inicial	Extracción
1.	Mas accidentes niños	1,000	,091
2.	Añade porqué	1,000	,609
3.	Caraterística personal	1,000	,092
4.	Conducta de riesgo	1,000	,492
5.	Resultado del accidente	1,000	,649
6.	Interrelacion	1,000	,906
7.	Se pueden evitar	1,000	,368
8.	Añade cuáles	1,000	,604
9.	Accidente	1,000	,538
10.	Convivencia	1,000	,733
11.	Mecanismo de ayuda	1,000	,895
12.	Evitar otros	1,000	,557
13.	Añade cómo evitar	1,000	,554
14.	Conducta de precaución	1,000	,500
15.	Respetar señales	1,000	,434
16.	Evitar Conductas Riesgo	1,000	,377
17.	Demanda Ayuda Adulto	1,000	,614
18.	Convivencia positiva	1,000	,441
19.	Convivencia negativa	1,000	,371
20.	Restitución de la conducta	1,000	,775
21.	Emplear medidas de apoyo	1,000	,850
22.	Arbitrar mecanismos prev	1,000	,531
23.	Valores Carácter General	1,000	,361
24.	Edad mas riesgo	1,000	,043
25.	Dibuja contenido	1,000	,275
26.	Dibuja lesión	1,000	,500
27.	Dibuja mecanismo	1,000	,591
28.	Dibuja personas	1,000	,437
29.	Dibuja elementos	1,000	,654
30.	Dibuja acciones	1,000	,606
31.	Dibuja señal gráfica	1,000	,136
32.	Dibuja mensaje	1,000	,115

La elección de los componentes principales de una muestra se realiza a partir de una matriz de correlaciones, de donde, y a través del análisis factorial correspondiente, se extrae otra que se denomina factorial. Considerando las Tablas 29 y 30 podemos decidir con cuantos componentes o factores nos vamos a quedar. Se observa el porcentaje de varianza total explicada para cada componente o factor, y cuando éste llega a un porcentaje acumulado considerado alto, normalmente cerca del 80%, significa que el número de factores es suficiente. Excepcionalmente en los casos en que existe un amplio número de variables, en este caso 32, se puede reducir este porcentaje al 50% y más tratándose de un estudio no paramétrico.

Podemos constatar que a partir del componente número cinco el autovalor se aproxima a la unidad y además el porcentaje de la varianza explicada acumulada asciende al 49,064%, por lo que podemos considerar que éste puede ser un valor lo suficientemente alto para estimar que cinco es un número de factores suficientes.

Tabla 29. Extracción de componentes. Varianza total explicada

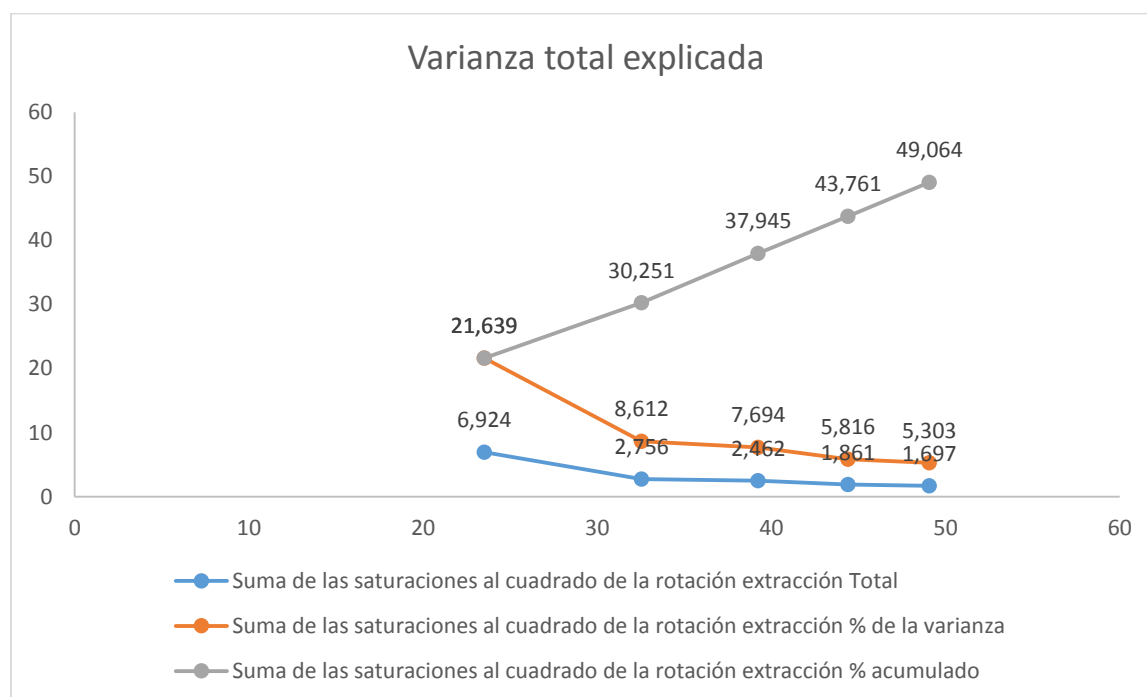


Tabla 30. Varianza total explicada. Método de extracción. Análisis de componentes principales. (I)

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza
1	7,523	23,511	23,511	7,523	23,511
2	2,891	9,035	32,545	2,891	9,035
3	2,142	6,693	39,239	2,142	6,693
4	1,649	5,154	44,392	1,649	5,154
5	1,495	4,672	49,064	1,495	4,672
6	1,325	4,142	53,206		
7	1,215	3,798	57,004		
8	1,182	3,693	60,697		
9	1,145	3,579	64,276		
10	1,030	3,220	67,496		
11	,997	3,115	70,612		
12	,969	3,029	73,641		
13	,865	2,702	76,343		
14	,731	2,284	78,627		
15	,713	2,229	80,856		
16	,665	2,078	82,934		
17	,593	1,852	84,786		
18	,542	1,693	86,479		
19	,528	1,651	88,130		
20	,503	1,571	89,700		
21	,458	1,431	91,131		
22	,437	1,365	92,496		
23	,387	1,208	93,704		
24	,368	1,149	94,853		
25	,334	1,042	95,896		
26	,294	,920	96,816		
27	,260	,813	97,629		
28	,222	,695	98,323		
29	,210	,656	98,980		
30	,176	,551	99,531		
31	,088	,274	99,805		
32	,062	,195	100,000		

Tabla 30. Varianza total explicada. Método de extracción. Análisis de componentes principales. (II)

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	% acumulado		% varianza	% acumulado
1	23,511	6,924	21,639	21,639
2	32,545	2,756	8,612	30,251
3	39,239	2,462	7,694	37,945
4	44,392	1,861	5,816	43,761
5	49,064	1,697	5,303	49,064
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				

Finalmente se opta por extraer cinco componentes. Algunas variables no van a estar presentes en ninguno de los factores finales que obtengamos. Esto es debido a que el valor del coeficiente alcanzado es inferior al punto de corte que determinamos y es de 0,5. El resto de las variables obtienen un valor superior a dicho punto de corte, por lo que se incluirán de una u otra forma en los factores finales del modelo.

Para conseguir una interpretación clara de los datos expuestos en la tabla anterior se ha realizado el procedimiento de Rotación Factorial, que transforma la matriz factorial inicial en otra denominada matriz factorial rotada, más fácil de interpretar, que consiste en una combinación lineal de la primera y que explica la misma cantidad de varianza inicial. Los factores rotados tratan de que cada una de las 32 variables originales tenga una correlación lo más próxima a uno que sea posible con cada uno de los factores y correlaciones próximas a cero con los restantes, consiguiendo así correlaciones altas con un grupo de variables y baja con el resto (Tabla 31).

Tabla 31. Matriz de componentes rotados*

	Componente				
	1	2	3	4	5
Masacidniñosas					
añadeporq		,721			
CaratPersonal					
Condriesgo	,620				
Resulaccid	,777				
Interrelacion	,922				
Pudenevitar				,558	
añadecuáles		,574			
Accidente				,610	
Convivencia		-,616			
Mayuda	,913				
Eviotros		,626			
añadecómoevitar		,529			
Cprecaución					
Rseñales	,631				
ECR				,541	
DAA	,775				
CCONVPO	,632				
CCONVNE	,584				
RCN	,873				
EMA	,881				
AMP	,617				
VCG					,522
edad mas r					
Dcontenido					
Dlesión					
Dmecanismo			,757		
Dpersonas					,594
Delementos			,767		
Dacciones			,759		
Dseñalgraf					
Dmensaje					

*Método de extracción: Análisis de los componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaizer

Tabla 32. Correlación lineal de los componentes identificados

Componente	1	2	3	4	5
1	,936	,291	-,088	,172	,040
2	,294	-,625	,680	-,154	-,190
3	-,188	,555	,647	,456	-,172
4	-,026	-,210	,151	,367	,893
5	,026	,415	,297	-,777	,367

Se han renombrado los componentes en función de las variables iniciales que incorporan. En la Tabla 32 se agrupan los componentes junto con sus atributos, mostrando los valores situados por encima de 0,5 y el porcentaje total de la varianza que recoge cada uno de ellos.

Componente 1. Engloba al conjunto de atributos que se concentran en el cuestionario como pertenecientes al grupo de las CONDUCTAS SEGURAS, PROMOTORAS DE SALUD Y BIENESTAR, a las que hacen referencia estos escolares. Estas conductas posibilitan que su visión respecto a la accidentalidad traspase el horizonte de la lesión en sí misma, su mecanismo, elementos implicados y sus consecuencias, para ampliar su mirada respecto al contexto escolar como espacio en el que se fomentan hábitos de salud y seguridad. Se incluyen las conductas de riesgo y los resultados de los accidentes como causas de los mismos. Las relaciones entre iguales, la regulación normativa del adulto, además de su actuación como guía o facilitador, aparece como propuesta de mejora que permita evitar estos sucesos. En conjunto, estas actitudes pueden desarrollar habilidades y conductas de afrontamiento que promuevan el autocuidado y la génesis de estilos de vida saludables. Se fortalece el rol formador y socializador de la escuela en relación a procesos vinculados a la salud como un todo: desarrollo psicosocial, competencias emocionales, responsabilidad colectiva etc., tal y como se recoge en las propuestas de Miller, Romano & Spice (2000), Eichel & Goldman (2002), Cummings, Norton & Koepsell (2004), Ruiz et al. (2010), Talavera & Gavidia (2013) Gabari et al. (2014) y Sáenz et al. (2014).

Componente 2. Agrupa a aquellas unidades del PENSAMIENTO REFLEXIVO E INTROSPECTIVO, que suscitan el cuestionamiento interno de cuáles pueden ser las causas que conducen a los accidentes. El desarrollo de la empatía favorece una conducta prosocial que puede reducir la agresividad, potenciando la autoeficacia y la responsabilidad personal y social de los escolares. Junto a los aspectos cognoscitivos del aprendizaje, otras dimensiones no menos importantes de la educación integral son el desarrollo de la personalidad, la socialización, la formación del pensamiento o la conciencia ético-moral a las que hace referencia Díez Prieto (2001). El hecho de despertar la conciencia sobre sus acciones induce a nuevos modelos de afrontamiento de situaciones que entrañan peligros. La utilización de estas estrategias en su vida diaria permiten adoptar actitudes seguras para sí mismo y para los de su alrededor identificando activos de salud en su propio entorno que fortalecen el SOC propuesto por Jensen & Simovska (2005) y Lindström & Erikson (2006).

Componente 3. Hace referencia a la REPRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN, y a los elementos que tienen que ver con la comunicación lingüística, conciencia y expresión cultural. El proceso de simbolizar la realidad y la fantasía, los hechos objetivos y los subjetivos en un papel, permite contrastar las distintas percepciones que tienen de los acontecimientos de su alrededor. El desarrollo de la sensibilidad estética, el sentido de la observación, el tratamiento del color y de las imágenes deja un testimonio indeleble del entorno que recrean, como hemos constatado en las investigaciones de López-Bosch et al., (2002), Macnaughton et al., (2005), Stern, (2008), Ullán & Palomera, (2008) y Pont, (2012) en las que humanizan los espacios infantiles a través del arte

Componente 4. La PREVENCIÓN ligada la competencia de APRENDER A APRENDER está presente en este cuarto apartado. Persiste la creencia de que los accidentes se pueden evitar, de una manera intuitiva, con un pensamiento poco estructurado, ya que a esta edad no es posible una comprensión total del complejo mecanismo de producción de los accidentes. Los hábitos de cautela y de precaución, no sólo a nivel individual, sino teniendo en cuenta la repercusión de las conductas individuales en el resto del grupo, objetivan que a la edad de ocho-nueve años, las personas son capaces de conectar con los demás e

identificar nuestra emociones y las de las otras personas. Gracias a esa capacidad tan innatamente humana, somos capaces de sintonizar con la parte más íntima de quienes nos rodean y desarrollar estrategias de afrontamiento en el caso de la prevención de accidentes escolares como proponen Gairín et al. (2012) o Gabari et al. (2015), o adoptar estilos de vida saludables a nivel individual y comunitario siguiendo las propuestas de Mangrulkar (2001) o Gavidia et al. (2013).

Componente 5. La Resolución de conflictos y la educación en valores ligadas a las COMPETENCIAS EMOCIONALES, sugieren que la adopción de valores de carácter general propuestos por los propios participantes, suscita una vía de gran interés en el ámbito educativo, para mejorar el desarrollo socioemocional del alumnado. La línea de investigación de la educación emocional, se centra en establecer la utilidad de este constructo en diversas áreas de las personas, ya que ésta determina nuestro comportamiento e influye significativamente en la vida, en la manera de comprender, percibir y manejar de forma adaptativa las propias emociones, como se pone de manifiesto en las investigaciones de Elías (2003), Extremera y Fernández (2003), Garaigordobil & De Galdeano, (2006) y Bisquerra & Pérez, (2007).

A la luz de estos resultados podemos afirmar que sin la puesta en práctica de valores sociales positivos no se alcanza la prevención deseada. La correlación lineal interfactores expuesta en la Tabla 31 así lo refleja: F1RF2, F2RF3, F3RF4, F4RF5. Existen correlaciones positivas y la máxima puntuación (0,893) la alcanzan los dos últimos factores. Finalmente se puede **confirmar** la última de las hipótesis planteadas que afirma que la ***prevención de accidentalidad percibida por parte de los niños y niñas participantes se explica en su mayor porcentaje por una combinación competencial de conocimientos, destrezas y actitudes de salud en el entorno escolar.*** La tabla 33 refleja esta afirmación.

Tabla 33. Combinación competencial de conocimientos, destrezas y actitudes de salud en el entorno escolar		Porcentaje de varianza total explicada
Componente 1: CONDUCTAS SEGURAS, PROMOTORAS DE SALUD Y BIENESTAR. COMPETENCIAS DE SALUD Y SEGURIDAD		23,511%
P.4. Conducta de riesgo	0,620	
P.5. Resultado de accidente	0,777	
P.6. Interrelación	0,922	
P.11. Mecanismo de ayuda	0,913	
P.15. Reglamentación y señales	0,631	
P.17. Demanda de ayuda del adulto	0,775	
P.18. Convivencia positiva	0,632	
P.19. Convivencia negativa	0,584	
P.20. Restitución de la conducta negativa	0,873	
P.21. Emplear medidas de ayuda	0,881	
P.22. Arbitrar mecanismos de prevención	0,617	
Componente 2: PENSAMIENTO REFLEXIVO E INTROSPECCIÓN. COMPETENCIAS SOCIALES Y CÍVICAS		9,035%
P.2. Atribuir un porqué	0,721	
P.8. Añadir cuales se pueden evitar	0,574	
P.10. Susceptibilidad de mejora de la convivencia	0,616	
P.12. Evitar otros accidentes	0,626	
P.13. Añadir cómo evitar los accidentes		
Componente 3: REPRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN. COMUNICACIÓN LINGÜÍSTICA, CONCIENCIA Y EXPRESIÓN CULTURAL		6,693%
P.27. Dibuja mecanismo de lesión	0,757	
P.29. Dibuja elementos	0,767	
P.30. Dibuja acciones	0,759	
Componente 4. PREVENCIÓN. APRENDER A APRENDER		5,154%
P.7. Los accidentes se pueden evitar	0,558	
P.9. El resultado como causa es evitable	0,610	
P.16. Evitación de conductas de riesgo	0,541	
Componente 5. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, EDUCACIÓN EN VALORES. COMPETENCIAS EMOCIONALES		4,672%
P.23. Valores de carácter general	0,522	
P.28. Dibuja personas	0,594	

7.3.6. Correspondencia entre los componentes de prevención y riesgos del entorno con las competencias propuestas por el Marco Europeo de educación permanente

El modelo competencial de clasificación de factores implicados en la accidentalidad escolar propuesto por Gabari & Sáenz (2015) apuesta por un enfoque centrado en cómo mantener la salud. Tanto los sujetos, desde los primeros años, como el entorno abordan la promoción de la salud desde la óptica de los activos. El empoderamiento conlleva aprender a conocer, a ser, a aprender y a vivir (Delors, 1996). La acción competente se desarrolla en diversos contextos de prevención de riesgos y evitación de accidentes

En concreto, la aplicabilidad del modelo competencial desde las etapas tempranas permitiría que los alumnos/as conozcan y perciban su salud, hagan del estilo de vida saludable un hábito permanente, aprendan a prevenir situaciones de riesgo y adopten conductas de bienestar, en espacios de convivencia en los que la salud física y mental se perciba como un bien social.

Desde estas señas de identidad, el modelo de aprendizaje por competencias cobra sentido al considerar que el proceso de enseñanza-aprendizaje no se reduce únicamente al desarrollo del currículo explícito, pues hay otros ámbitos en los centros escolares en los que la práctica de la convivencia, las actividades complementarias y las actuaciones en el entorno ofrecen al alumnado escenarios reales de aprendizaje, como parte del currículo implícito u oculto.

En este sentido, se establece un paralelismo entre los componentes identificados en este trabajo mediante el análisis factorial exploratorio, y las competencias del Marco Europeo de Educación Permanente (2006), las cuales a su vez se sustentan en los ‘pilares básicos de la Educación’ propuestos por Delors (1996). La Figura 101 representa esta propuesta, cuyo constructo teórico permite subdividir las competencias en distintos elementos que operan de manera interconectada en la vida diaria de los niños y niñas.

Correspondencia entre los componentes de prevención y riesgos del entorno escolar con las competencias propuestas por el Marco Europeo de educación permanente

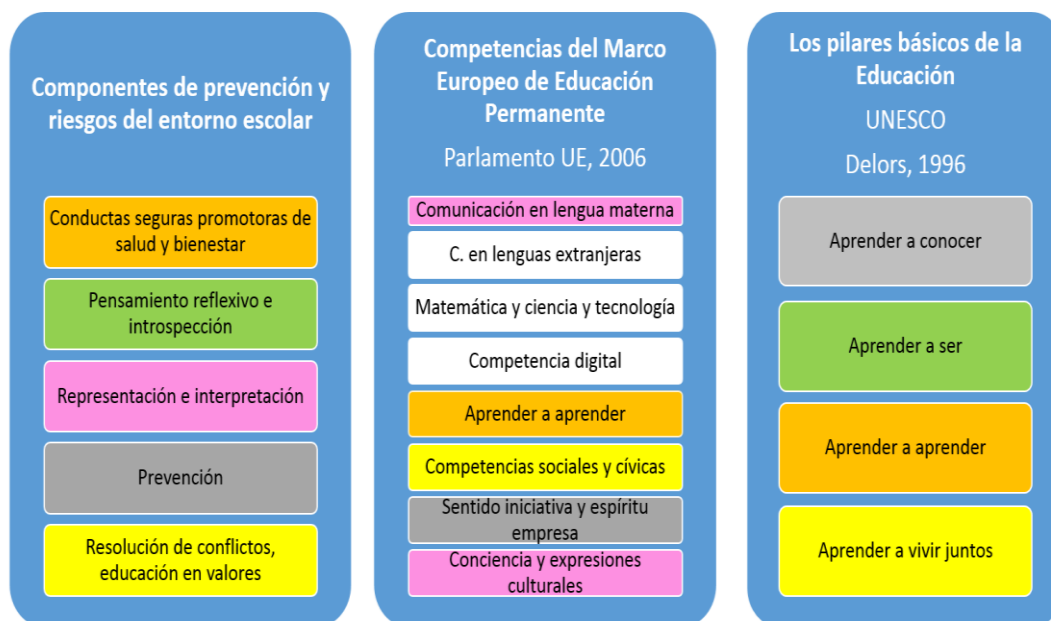


Figura. 102. Correspondencia entre los componentes de prevención con las competencias propuestas por el Marco Europeo de educación permanente

La adopción de conductas seguras, promotoras de salud y bienestar (componente 1) guardan un claro paralelismo con la competencia de aprender a aprender. Los niños y niñas de la muestra identifican los riesgos, son capaces de desarrollar estrategias para no asumirlos innecesariamente, emplean mecanismos de ayuda y ponen en práctica las competencias adquiridas.

La característica eminentemente humana de reflexión está presente en el componente 2. Los niños y niñas manifiestan esa capacidad de mirarse dentro de sí mismos, de pensar en cómo se sienten los demás. A grandes rasgos estos hallazgos nos inducen a afirmar que este es un claro ejemplo de la puesta en práctica de la competencia de aprender a ser. En ese aprendizaje se intercala además la representación e interpretación del entorno que les rodea (componente 4), desarrollando la conciencia y expresión cultural para tener en cuenta que existen diversos contextos y situaciones de aprendizaje que requieren un proceso de adaptación permanente.

El componente 4 de prevención se vincula a la competencia de aprender a conocer, ya que se enseña a los niños/as a tomar unas medidas o disposiciones

de manera anticipada que evitan la sucesión de una situación que se considera negativa para la salud. Por otro lado, puede vincularse a su vez con la competencia de sentido de la iniciativa y espíritu de empresa, ya que la adopción de una cultura preventiva en la infancia puede extrapolarse a la vida adulta en el ámbito de la seguridad y ergonomía en el puesto de trabajo.

La resolución de conflictos y la educación en valores (componente 5) desarrolla en estos pequeños y pequeñas las competencias sociales y cívicas que les permiten el aprendizaje para una vida en común.

La interconexión de los resultados cualitativos y cuantitativos expuestos hasta ahora se incluyen en las figuras que se muestran a continuación, las cuales sintetizan los principales hallazgos desde la propuesta del modelo competencial de prevención de accidentes escolares recogido en esta tesis doctoral

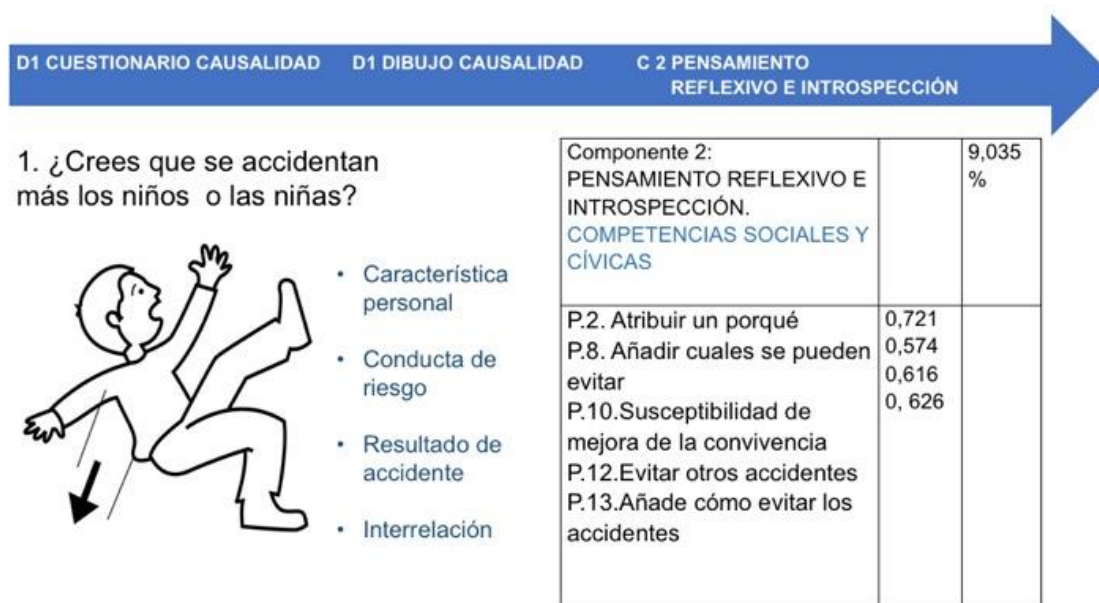


Figura 103. Concordancia entre el análisis cualitativo y cuantitativo. Componente 2.

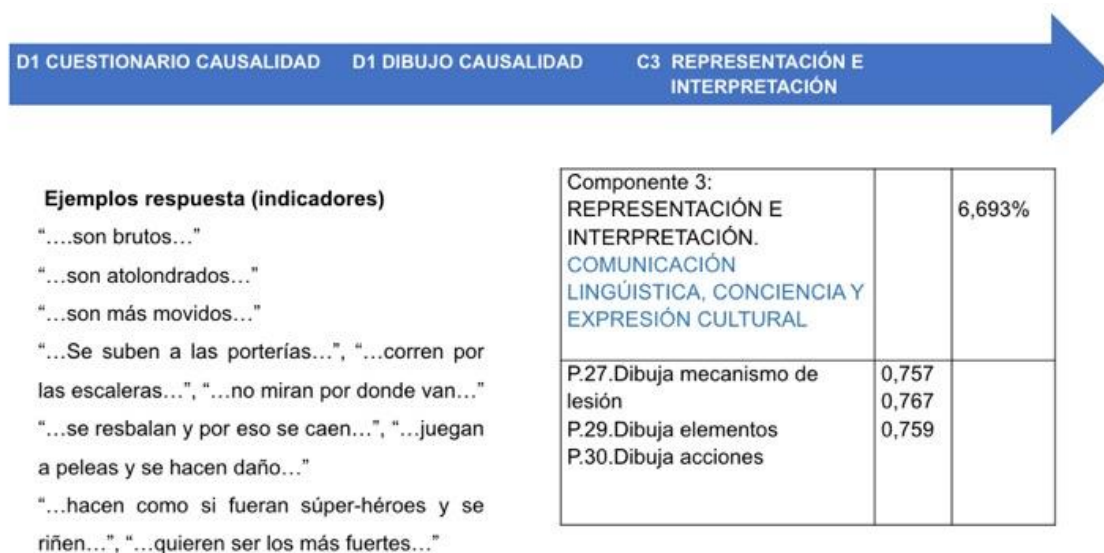


Figura 104. Concordancia entre el análisis cualitativo y cuantitativo. Componente 3.



Figura 105. Concordancia entre el análisis cualitativo y cuantitativo. Componente 1.

En las tres figuras se observa que existe concordancia entre las categorías que constituyen las tres dimensiones de la expresión verbal del cuestionario, las cuales se triangulan con las identificadas en el testimonio gráfico infantil. En el análisis factorial se agrupan en componentes que guardan un paralelismo con la construcción de las dimensiones en el análisis cualitativo.

La comprensión del entorno desde la mirada de niños y niñas permite captar imágenes que pueden pasar desapercibidas para los adultos, las cuales cobran una importante significación a la hora de llevar a cabo intervenciones de promoción de salud y seguridad. El acercamiento al contexto real de los participantes y el análisis de su percepción destaca el papel activo de niños y niñas en la construcción de un entorno escolar más seguro.

Conclusiones

1. La información de naturaleza cualitativa, aportada por los niños y niñas navarros de 8-9 años participantes en el estudio, sobre su **percepción de mayor incidencia de accidentes escolares en varones**, revela la atribución mayoritaria de causalidad al componente constitutivo o forma de ser de los niños, que conlleva la realización de conductas de riesgo.
2. La población de niños y niñas presenta una percepción acorde a la realidad de la incidencia de accidentes en el entorno escolar, que constata una mayor accidentalidad en niños varones en la franja comprendida entre los 8-9 años. Sin embargo, en el caso de los niños varones, esta percepción ajustada es insuficiente, ya que **la conciencia de una mayor percepción de riesgo** por parte de este colectivo **no conlleva la evitación de los peligros o la adopción de conductas preventivas** por parte de estos sujetos, situación que abre un potencial de **intervención educativa** en materia de concientización, reflexión y anticipación de conductas en este grupo.
3. Las opiniones vertidas por los participantes nos aproximan **a diferentes perfiles conductuales en niños y niñas**. Las características del comportamiento de los niños les llevan a subestimar los peligros y a asumir los riesgos. Además, el hecho de haber sufrido una lesión no intencionada previamente no conlleva la evitación de conductas de riesgo por parte de los niños, en oposición a los rasgos comportamentales de las niñas, que tienden a ser más cautelosas y a modificar su comportamiento si han sufrido previamente un accidente.
4. La **riqueza de las respuestas** emitidas por los niños y niñas de la muestra a nivel escrito permite elaborar una relación de **categorías emergentes** que aluden a características personales, conductas de riesgo, mecanismos de ayuda, etc. y que se estructuran dando sentido a **tres dimensiones** de la interpretación infantil: a) la atribución de causalidad, b) la identificación de mecanismos de evitación y c) la elaboración de estrategias de afrontamiento.

5. El **análisis de los dibujos libres** de los niños y niñas, realizado mediante el empleo de las **categorías apriorísticas**: convivencia de signo negativo, conducta de riesgo, intervención en entorno, prohibición, interpretación de señales, etc. arroja evidencias que confluyen en **dos dimensiones** paralelas a las derivadas de las respuestas al cuestionario: a) la atribución de causalidad y b) la prevención.
6. El tratamiento no paramétrico de la información cualitativa recodificada sigue una **distribución normal** que permite **comparar las opiniones vertidas**, en función de variables dicotómicas de edad, sexo, ubicación del centro escolar en entorno urbano y rural y lengua empleada castellano/euskera.
7. Existen **diversas variables que no influyen significativamente en la interpretación** de los accidentes escolares expresada por la muestra participante: 1) **género**: no se observan diferencias entre los sujetos por el hecho de ser niña o niño, 2) **edad**: las opiniones recogidas en el cuestionario y en el dibujo libre de los niños/as de 8 o de 9 años son similares 3) **lengua empleada (castellano/euskera)**: la percepción de la accidentalidad no difiere en función del idioma utilizado.
8. La **pertenencia** de los participantes al **entorno urbano o rural influye significativamente en la interpretación** que estos niñas y niños realizan de los accidentes producidos en el ámbito escolar. La conducta de riesgo y la interrelación se erigen como principales variables de atribución de causalidad extraídas del cuestionario junto con los distintos mecanismos, elementos y acciones representadas en el dibujo. En este sentido, se abren **nuevas propuestas de investigación** que profundicen en el ámbito de la accidentalidad escolar, clasificando los contextos educativos en núcleos de población rural o urbano.
9. Los niños y niñas atribuyen una **causalidad** a los accidentes escolares que abarca no sólo la dimensión física y el suceso propiamente dicho sino que sus opiniones trascienden el resultado inmediato y apuntan a la **personalidad**, a la **conducta de riesgo**, a la **interrelación** y al **resultado**

del accidente, como posibles desencadenantes de las lesiones no intencionadas.

10. La **percepción** expresada de manera escrita e icónica por los niños y niñas participantes apunta al **componente interrelacional**, tanto **para la evitación** de las lesiones no intencionadas, como **para la prevención** de las mismas, reflejo de ello son las muestras de empatía, las reflexiones sobre su conducta y las consecuencias que ésta puede tener en los demás.
11. Las **opiniones** vertidas por los niños y niñas, los cuales evidencian su capacidad de **reflexionar** sobre su rol y **tomar decisiones** de manera **activa** para la **construcción de un entorno escolar más seguro**, frente a la visión normativa ‘de control’ facilitada por el adulto, la mayor parte de las veces a través de prohibición de conductas consideradas de riesgo “a priori”.
12. En el **esquema perceptivo-interpretativo infantil** de los accidentes escolares elaborado a partir del análisis de contenido del CPAE y del testimonio gráfico infantil confluyen **tres ámbitos**: a) **cognitivo**: la atribución de causalidad a los accidentes escolares supone por parte de los niños y niñas un ejercicio de reflexión y ejercitación de las habilidades de pensamiento, b) **expectativas**: la conciencia emocional, la percepción de los sentimientos propios y ajenos se reflejan en las opiniones y dibujos realizados que muestran una actitud proactiva en una doble dimensión individual-relacional, c) **estrategias**: el desarrollo de mecanismos de afrontamiento supone por parte de niños y niñas la adopción de habilidades, en las que el empoderamiento y la resiliencia activan conductas de seguridad y bienestar.
13. La percepción infantil de accidentes escolares se puede **tipificar y representar mediante iconos** representativos de los mecanismos implicados, en cuanto a su contexto de ocurrencia temporoespacial, tipo de lesión, localización corporal y tratamiento más habitual. En los extremos de los nueve accidentes percibidos se encuentran:

- a) Con **mayor frecuencia**, los sufridos por niños varones de nueve años, a las 11h de los viernes del mes de mayo en el patio, en interacción con iguales cuya consecuencia es una lesión leve en extremidades inferiores, atendidos en el botiquín escolar.
 - b) Con **menor frecuencia**, los sufridos por niñas de nueve años, a horas indeterminadas de los martes del mes de noviembre, en el aula, con implicación de elementos, lesiones y localización corporal variados, atendidos en el botiquín escolar.
14. Las **lesiones no intencionadas** que acontecen en los escolares en general, revisten **poca gravedad** y suelen resolverse en el **botiquín del centro**, lo que coincide con lo expresado por los niños. La incorporación de la figura de la **enfermera escolar** puede contribuir a prestar una adecuada atención participando en la comunidad educativa de manera activa en el ámbito de la prevención, atención y promoción de la salud integral.
15. El **ejercicio de reflexión** llevado a cabo por niños y niñas respecto a las **situaciones** que acontecen en el **entorno cercano** permite el desarrollo de **estrategias adaptativas** ante circunstancias diversas. En este sentido, en el ámbito de la prevención, la identificación de las posibles causas de los accidentes escolares por parte de los agentes implicados, facilita el desarrollo de estrategias de evitación de riesgos.
16. La **formulación, por parte de niños y niñas** de la muestra, de posibles **medidas de prevención de accidentes escolares** presenta de manera asociada **tres vertientes**: la elaboración de estrategias de afrontamiento de riesgos cotidianos, la solicitud de demandas de medidas de ayuda y la propuesta de conductas de restablecimiento del daño entre iguales.
17. Los participantes nos descubren **contextos salutogénicos** que conforman espacios de convivencia en el que la **salud** se concibe como un todo que abarca la **esfera física, mental, emocional** etc. Los niños/as son activos de salud que manifiestan su **empoderamiento** en la prevención de situaciones de riesgo construyendo de manera activa entornos escolares más seguros.

18. El **entorno escolar** desarrolla una vivencia de la prevención que se pone en evidencia en los **planes de promoción y de educación para la salud** en la escuela integrados en el currículo oficial como **área transversal**. El desarrollo de **competencias de prevención y promoción de la salud** es uno de los principales **desafíos** de la educación actual. La percepción infantil recogida en esta investigación avala que su puesta en marcha permite aprender, construir y desarrollar valores y actitudes que buscan estilos de vida saludables y la adopción de una cultura preventiva, además de ser la reivindicación que mantenemos para que la **EpS** se constituya en un **área propia** más allá de la mera transversalidad que detenta.
19. La aplicabilidad del **modelo competencial de prevención de accidentes** desde las etapas tempranas permite que los alumnos/as conozcan y perciban su salud, adopten estilos de vida saludable y desarrollen procesos de enculturación preventivos. Entre las **conductas identificadas por los niños/as** que contribuyen al desarrollo de este modelo se encuentran: la adopción de **valores** de carácter general, la **demanda de ayuda del adulto**, la disminución de las acciones de **convivencia** negativa, la **evitación** de las **conductas de riesgo**, la **restitución** de la **conducta negativa** o el arbitrio de **mecanismos de prevención**.
20. La prevención de la accidentalidad percibida por parte de los niños y niñas participantes se explica en su mayor porcentaje por una combinación competencial de **conocimientos, destrezas y actitudes de salud en el entorno escolar**. Nos reafirmamos en la idea de que a, medio y largo plazo, se abre una **buena expectativa** de diseño y validación de materiales y propuestas de actividades que contribuyan a la **generación de una sistematicidad** y un **papel activo** en el desarrollo de competencias de aprendizaje propuestas por el Marco europeo de educación permanente. Entre las propuestas de intervención en el aula elaboradas por los miembros del grupo de investigación Educación y Salud se incluyen la herramienta multimedia Segurikaschool , la wiki Salutogénesis en Primaria y la

participación como miembros de la comisión de Enfermería Escolar de Navarra.

Bibliografía

Acaso, M. (2000). Simbolización, expresión y creatividad: tres propuestas sobre la necesidad de desarrollar la expresión plástica infantil. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, 41-60.

Allensworth, D. D. & Kolbe, L. J. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *Journal of school health*, 57, 409-412.

Álvarez, J. L. (1999). Rompiendo el distanciamiento entre la familia y la escuela. *Cultura y Educación*, 11, 63-80.

Angell, C., Alexander, J. & Hunt, J. A. (2014). 'Draw, write and tell': A literature review and methodological development on the 'draw and write' research method. *Journal of Early Childhood Research*, 46, 218-227.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances*.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11, 11-18.

Ansa, A., Begué, R., Cabodevilla, I., Echauri, M., Encaje, S., Montero, P., *et al.* (2004) Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres. Pamplona. Gobierno de Navarra. [Recuperado octubre 2014, disponible en <http://www.cfnavarra.es/isp/promoción>]

Appleton, J. V. & King, L. (2002). Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 641-648.

Aragao de Moraes, W. (2007) *Medicina antropológica: un paradigma para el siglo XXI*. Sao Paulo: ABMA

Argüelles, T., García, R. & Agramonte, A. (2006). El dibujo como exponente de las percepciones sobre la enfermedad en niños y niñas con diabetes mellitus. *Revista cubana de endocrinología*, 17, 14-21.

Ariza, C., Villalbí, J. R., Sánchez-Martínez, F. & Nebot, M. (2011). La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: experiencias de programas en el medio escolar. *Gaceta Sanitaria*, 25, 32-39.

Ariza, R. P. (1987). El maestro como investigador en el aula: investigar para conocer, conocer para enseñar. *Investigación en la Escuela*, 1, 63-70.

Arnaiz, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. Málaga: Aljibe.

- Arón, A. M. (2011). Un programa de educación para la no-violencia. *Psykhé*, 9, 25-39.
- Ato Lozano, E., González Salinas, M.¹⁰ & Carranza Carnicero, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20, 69-79.
- Ausubel, D. P., Novak, J. D. & Hanesian, H. (1976). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.
- Ausubel, D. P. & Barberán, G. S. (2002). *Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Azeredo, R. & Stephens-Stidham, S. (2003). Design and implementation of injury prevention curricula for elementary schools: lessons learned. *Injury Prevention*, 9, 274-278.
- Baltag, V. & Levi, M. (2013). Organizational models of school health services in the WHO European Region. *Journal of health organization and management*, 27, 733-746.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31, 143-164.
- Barraza, L. & Ceja-Adame, M. P. (2001). *Los niños de la comunidad: su conocimiento ambiental y su percepción sobre naturaleza*. Mexico: Secretaría de medio ambiente y recursos naturales.
- Baysu, G. & Phalet, K. (2012). Staying on or dropping out: the role of the school environment in minority and non-minority school careers. *Teachers College Record*, 114, 1-25.
- Becker, C. M., Glascoff, M. A. & Felts, W. M. (2010). Salutogenesis 30 Years Later: Where Do we go from here? *International Electronic Journal of Health Education*, 13, 25-32.
- Beltrán de Miguel, B., Caballero Treviño, C. & Cuadrado Vives, C. (2011). Influencia de un programa local de comedores escolares: Evolución de la oferta de verduras y hortalizas en los menús (2004-2008). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 31, 20-27.
- Benach, J. & Muntaner, C. (2010). Empleo, trabajo y desigualdades en salud una visión global. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 861-861.
- Benítez, B. R., Soriano, M. & León, A. C. (2010). Prevención de la accidentalidad infantil en Andalucía: aprender a crecer con seguridad. *Anales de Pediatría*, 73, 249-256.
- Bianchi, A. & Summala, H. (2004). The “genetics” of driving behavior: parents’ driving style predicts their children’s driving style. *Accident Analysis & Prevention*, 36, 655-659.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21, 7-43.
- Bisquerra, R. & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, 10, 61-82.

Boles, R. E., Roberts, M. C., Brown, K. J. & Mayes, S. (2005). Children's risk taking behaviors: The role of child-based perceptions of vulnerability and temperament. *Journal of pediatric psychology*, 30, 562-570.

Bolívar, A. (2006). Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común. *Revista de educación*, 339, 119-146.

Bolívar, A. & Pereyra, M. (2006). El Proyecto DeSeCo sobre la definición y selección de competencias clave. Introducción a la edición española. *Las competencias clave para el bienestar personal, social y económico* (1-13). Málaga: Aljibe.

Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., & Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27, 180-183.

Boxer, P., Goldstein, S. E., Musher-Eizenman, D., Dubow, E. F. & Heretick, D. (2005). Developmental issues in school-based aggression prevention from a social-cognitive perspective. *Journal of Primary Prevention*, 26, 383-400.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by design and nature*. Cambridge: Harvard University Press.

Bronikowski, M. & Bronikowska, M. (2009). Salutogenesis as a framework for improving health resources of adolescent boys. *Scandinavian journal of public health*, 16, 704-713.

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 48, 297-306.

Bruce, B. & McGrath, P. (2005). Group interventions for the prevention of injuries in young children: a systematic review. *Injury Prevention*, 11, 143-147.

Buijs, G. (2009). Better schools through health networking for health promoting schools in Europe. *European journal of education*, 44, 507-520.

Burgos, A. (2011). Educar en prevención de riesgos laborales: bases para la adquisición de una cultura preventiva en los centros educativos de Primaria y Secundaria. *Revista Iberoamericana de Educación*, 55, 6-19.

Cameron, R. (2009). A sequential mixed model research design: design, analytical and display issues. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3, 140-152.

Canales, M. & Peinado, A. (1995). Grupos de discusión. En Delgado, J. & Gutiérrez, J (Ed). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, 288-316. Madrid: Síntesis.

Candela, F., Malpica, D. & Mora, A. (2006). Salud escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Hacia la promoción de la salud*, 11, 21-28.

Catford, J. (2007). Ottawa 1986: The fulcrum of global health development. *Global Health Promotion*, 6, 125-139.

Cava, M. J. & Musitu, G. (2015). Dificultades de integración social en el aula: Relación con la autoestima y propuestas de intervención. *Informació Psicológica*, 83, 60-68.

Centers for Disease Control. (2013). Make a difference at your school. [Recuperado en diciembre 2013, disponible en [http:// www.cdc.gov/HealthyYouth/KeyStrategies](http://www.cdc.gov/HealthyYouth/KeyStrategies)]

Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12, 229-235.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26, 182-189.

Concheiro A., Luaces C., Quintillá, J.M., Delgado, L. & Pou, J. (2006). Accidentes infantiles: diseño y aplicación de un registro hospitalario del niño accidentado, *Emergencias*, 18, 275-281

Corbin, C., Pangrazi, R. & Franks, B. (2000). Definitions: Health, Fitness, and Physical Activity. *President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest*, 15, 2-8.

Creswell, J. & Garrett, A. (2008). The "movement" of mixed methods research and the role of educators. *South African Journal of Education*, 28, 321-333.

Cummings, P., Norton, R. & Koepsell, T. (2001). Rates, rate denominators, and rate comparisons. In: Rivara, F., Grossman, D.C., Cummings, P., Maier, R.V., Koepsell, T.D., eds. *Injury Control A Guide to Research and Program Evaluation*, 64-74. Cambridge: Cambridge University Press.

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social science & medicine*, 66, 1429-1436.

Dannenberg, A., Frumkin, H. & Jackson, R. (2011). *Making healthy places: Designing and building for health, well-being, and sustainability*. Washington: Island Press.

Davó, C., Gil, D., Vives, C., Álvarez, C. & La Parra, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gaceta Sanitaria*, 22, 58-64.

Davó, C. (2009). *La cultura de salud en las aulas de educación primaria y la incorporación de la escuela promotora de la salud a la salud escolar en España*. Alicante: Universidad de Alicante.

Davó, C., Torres, L., & Gascón, M. (2014). Percepción de los escolares sobre los accidentes y las lesiones accidentales. *Gaceta Sanitaria*, 28, 323.

De los Santos, F., Valverde, P., Rodríguez, C. & García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 129-139.

De Waal, E. & Grösser, M. (2014). On safety and security in education: Pedagogical needs and fundamental rights of learners. *Educar*, 50, 339-361.

De Waal, E. & Grösser, M. (2009). Safety and security at school: a pedagogical perspective. *Teaching and teacher Education*, 25, 697-706.

Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. París: UNESCO.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2002). The Qualitative Inquiry Reader. *Qualitative Social Research*, 3, 780-791.

Dewey, J. (1995). *Democracia y educación: una introducción a la filosofía de la educación*. Madrid: Morata.

Dewhirst, S., Pickett, K., Speller, V., Shepherd, J., Byrne, J., Almond, P. & Roderick, P. (2013). Are trainee teachers being adequately prepared to promote the health and well-being of school children? A survey of current practice. *Journal of Public Health*, 36, 467-475.

Di Leo, J. H. (2013). *Interpreting children's drawings (22)*. Reino Unido: Routledge.

Díez Prieto, A., (2013) Educación integral: sobre la educación de competencias, tan viejo como la misma educación....Escuela Española 3519. [Recuperado en diciembre 2014, disponible en <http://www.enredadosenlaula.proyectoret.es/2009/02/educacion-integral.html>]

Dreyhaupt, J., Koch, B., Wirt, T., Schreiber, A., Brandstetter, S., Kesztyüs, D. & Steinacker, J. M. (2012). Evaluation of a health promotion program in children: Study protocol and design of the cluster-randomized Baden-Wuerttemberg primary school study. *BMC public health*, 12,157-169.

Driessnack, M., Sousa, V. D. & Mendes, I. (2007). An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15, 684-688.

Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R. & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82, 405-432.

Echenique, M., Márquez, S. & Scheuer, N. (2014). What helps most in learning how to draw a human figure? A study of children's epistemological, pictorial and learning conceptions *Cultura y Educación*, 26, 103-131.

Enguita, M. F., Paraskeva, J. M., Vasconcelos, I. & Matos, L. (2007). *Educação e transformação social*. Mangualde: Edições Pedagogo.

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, 332, 97-116.

Eisenberg, N & Miller, P.A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101, 91-119.

Feldt, T., Kokko, K., Kinnunen, U. & Pulkkinen, L. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*, 10, 298-308.

Fermán, I., Guzmán, F., Torres, A., Ahumada, C. & Díaz, F. (2014). Estrategia para modificar conocimientos y actitudes en niños escolares: un programa de educación para la salud. *Psicología y salud*, 14, 135-142.

Fernández, M., Luque, M. & Guirado, M. (2003). Los turistas se divierten, los inmigrantes trabajan: una descripción de dos grupos sociales a través del dibujo infantil. *International journal of psychology and psychological therapy*, 3, 59-79.

Fernández, T., Martínez, F., Del Rey, C. & Carrasco, J. (2001). ¿En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria? *Enfermería Clínica*, 11, 72-79.

Ferrer, A. (2011). Análisis de las competencias básicas como núcleo curricular en la educación obligatoria española. *Bordón. Revista de pedagogía*, 63, 63-75.

Flores, M., García-Gómez, P. & Zunzunegui, M. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 132-136.

Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Madrid: Siglo XXI.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. & Zurayk, H. (2011). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28,337-341.

Gabari, M.I. & Pollán, M. (2000). *Accidentabilidad Infantil. Factores de riesgo y medidas de prevención. Estudio de Campo en la población urbana de Pamplona: 1998-2000*.Memoria. Pamplona: Departamento de Educación del Gobierno de Navarra (documento inédito).

Gabari, M.I. & Buitrago, H. (2006). Simulación y entrenamiento en hábitos de prevención de accidentes infantiles: demanda docente de recursos multimedia en Navarra (España) En Baralt et. al (Eds.) *Memorias* (54-60). Orlando: Informática y cibernética.

Gabari, M. I., & Buitrago, H. E. (2006). Simulación y entrenamiento en hábitos de prevención de accidentes infantiles, demanda docente de recursos multimedia en Navarra (España). *Norte de Santander, Colombia: Universidad de Pamplona*, 11, 12.

Gabari, M.I. & Pollán, M. (2009). Investigación en la educación para la salud sobre prevención de la accidentalidad infantil en el contexto escolar. *Curriculum: Revista de teoría, investigación y práctica educativa*, 22, 121-149.

Gabari, M.I. & Pollán, M. (2010). *Convivencia Escolar y Percepción de la Accidentalidad en relación con el Género en Segundo Ciclo de Primaria*. En Gázquez Linares, J. y Pérez Fuentes C. Investigación en Convivencia Escolar, pp 89-96. Almería:GEU.

Gabari, M. I., Sáenz, R., Idoate, V. & García, J. M. (2014). Assessing Segurikaschool: an injury prevention multimedia tool for schools. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 654-660.

Gabari, M.I., Sáenz, R. & García, J.M. (2014). *Children's Drawings: experiences of children in accident prevention and health promotion*. WERA Focal Meeting, Edinburgo, 19-21 noviembre.

Gabari, M.I., Sáenz, R. & García, J.M. (2014). *Children's Drawings: experiences of children in accident prevention and health promotion* pp 82 .Edinburgo: SERA- World Education Research Associattion. [Recuperado en noviembre de 2015, disponible en http://www.sera.ac.uk/documents/2014/SERA_2014_Book_of_abstracts.pdf]

Gabari, M.I., Sáenz, R. & García, J.M. (2014). *Focus. on salutogenic health promotion: experiences of teachers* pp 29. Edinburgo: SERA- World Education Research Associattion. [Recuperado en noviembre de 2015, disponible en http://www.sera.ac.uk/documents/2014/SERA_2014_Book_of_abstracts.pdf]

Gabari, M.I., Sobejano, M., Sáenz, R. (2015). *Educación para la salud en primaria: análisis de elementos curriculares en las leyes educativas*. En Rodríguez, E. & González-Rábago Y. (Ed.), Libro de comunicaciones Congreso de Promoción de la Salud. *Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables*, pp 161-162. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Gairín, J., & Castro, D. (2011). Safety in schools: an integral approach. *International Journal of Leadership in Education*, 14, 457-474.

Gairín, J., Castro D., Díaz, A., Sans, J., Rosales, M., Sentinella, X., Vitolo, O., Martín, M., San Juan, M.M. & Castellano, S. (2012). Análisis de la seguridad integral en los centros educativos de enseñanza obligatoria de España. *Seguridad y medio ambiente*, 126, 12-24.

Garaigordobil, M. (2002). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: Juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide.

Garaigordobil, M. & De Galdeano, P. G. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18, 180-186.

García-Bacete, F. J. (2003). Las relaciones escuela-familia: un reto educativo. *Infancia y aprendizaje*, 26, 425-437.

García-Moya, I., Moreno, C., & Rivera, F. (2013). Sense of coherence and biopsychosocial health in Spanish adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-10.

García, A., Sáez, J. & Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud*. Madrid: Arán.

García, I., Jiménez, A., & Moreno, C. (2013). Sentido de coherencia y consumo de sustancias en adolescentes españoles. ¿Depende el efecto del SOC de los patrones de consumo de sustancias del grupo de iguales? Sense of coherence and substance use in Spanish adolescents. Does the effect of SOC depend on patterns of. *Adicciones*, 25, 109-117.

Gardner, H. (1998). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Paidós.

Gavidia, V. (1994). La educación para la salud: instrumento en el desarrollo de actitudes. *Aula de innovación educativa*, 27, 16-21.

Gavidia, V. & Rodes, M. J. (1998). La escuela saludable, la transversalidad y los centros escolares promotores de salud. *Bordón: Revista de Orientación Pedagógica*, 50, 355-360.

Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. 75, 505-516.

Gavidia, V. (2003). La educación para la salud en los manuales escolares españoles. *Revista Española de. Salud Pública*, 77, 275-285.

Gavidia V., Aguilar R. & Carratalá, A. (2011). ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 131-148.

Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175.

Geierstanger, S. P., Amaral, G., Mansour, M. & Walters, S. R. (2004). School-Based Health Centers and Academic Performance: Research, Challenges and Recommendations. *Journal of School Health*, 74, 347-352.

George, D., Whitehouse, C. & Whitehouse, P. (2011). A model of intergenerativity: how the intergenerational school is bringing the generations together to foster collective wisdom and community health. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9, 389-404.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. United States: John Wiley & Sons.

Gogolin, I. (2014). Language development of children and adolescents in the context of education. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17, 407-431.

Golaszewski, T., Allen, J. & Edington, D. (2007). Working together to create supportive environments in worksite health promotion. *American journal of health promotion*, 22, 1-10.

Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Gómez, P. (2001). La preocupación por la salud de los niños en el período ilustrado y su influencia en las ideas del siglo XIX. [Recuperado en Enero de 2015, disponible en <http://www.efdeportes.com>] Buenos Aires.

González, L. J. M., Maldonado, A. A., Galdeano, F. L. M., Soriano, M. D. R. & Aguilar, E. M. (2013). Necesidad de intervención de enfermería escolar en las escuelas españolas. En Gázquez et al. (Ed.), *Investigación en el ámbito escolar: un acercamiento multidimensional a las variables psicológicas y educativas* (75-80). Granada: Grupo Editorial Universitario

González, P. (2008). *Las vivencias y los saberes de los niños y niñas en cuidados intensivos de pediatría*. Alicante: Universidad de Alicante.

González de Haro, M. D. (2010). *La educación para la salud: " asignatura pendiente" para la escuela*. Huelva: Universidad de Huelva.

Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H. & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American psychologist*, 58, 466-475.

Grevenstein, D., Bluemke, M., Nagy, E., Wippermann, C. E. & Kroeninger-Jungaberle, H. (2014). Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Personality and Individual Differences*, 64, 52-57.

Harris, M. B. & Miller, K. C. (2000). Gender and perceptions of danger. *Sex Roles*, 43, 843-863.

Harter, S. (2006). Developmental and Individual Difference Perspectives on Self-Esteem. En Mroczek, K. (Ed.), *Handbook of personality development* (311-334). Mahwah, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Hernández, B. (2004). En torno al concepto de Competencia. *Educación*, 1, 43-57.

Hernandez, F. (2000). *Educación y Cultura visual*. Barcelona: Octaedro.

Hernández R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Hoelscher, D. M., Feldman, H. A., Johnson, C. C., Lytle, L. A., Osganian, S. K., Parcel, G. S. & Nader, P. R. (2004). School-based health education programs can be maintained over time: results from the CATCH Institutionalization study. *Preventive medicine*, 38, 594-606.

- Honkinen, P. L. K., Suominen, S. B., Välimaa, R. S., Helenius, H. Y. & Rautava, P. T. (2005). Factors associated with perceived health among 12-year-old school children. Relevance of physical exercise and sense of coherence. *Scandinavian journal of public health*, 33, 35-41.
- Horstman, M., Aldiss, S., Richardson, A. & Gibson, F. (2008). Methodological issues when using the draw and write technique with children aged 6 to 12 years. *Qualitative Health Research*, 18, 1001-1011.
- Huizinga, J. (2014). *Homo Ludens*. Reino Unido: Routledge.
- Hundeloh, H. & Hess, B. (2003). Promoting safety a component in health promotion in primary and secondary schools. *Injury control and safety promotion*, 10, 165-171.
- Hunter, J. L. & Krantz, S. (2010). Constructivism in cultural competence education. *The Journal of nursing education*, 49, 207-214.
- Iglesias, M. (2008). Redes educativas internacionales europeas en la enseñanza primaria y secundaria. *DIM: Didáctica, Innovación y Multimedia*, 12, 1-8.
- Inhelder, B. (2013). *The early growth of logic in the child: Classification and seriation*. Reino Unido: Routledge.
- Inman, D., van Bakergem, K., LaRosa, A. & Garr, D. R. (2011). Evidence-based health promotion programs for schools and communities. *American journal of preventive medicine*, 40, 207-219.
- Instituto Nacional de Estadística. (1999; 2002; 2005; 2006; 2008). *Defunciones según causa de muerte*. [Recuperado en agosto 2014, disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=>]
- Instituto Nacional de Estadística. (2005; 2008). Encuesta morbilidad hospitalaria. [Recuperado en septiembre 2014, disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=>]
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). Encuesta nacional de Salud. [Recuperado en septiembre 2014, disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=>]
- International Union for Health Promotion and Education (2009). *Achieving health promoting schools: guidelines for promoting health in schools*. Protocols and guidelines for health promoting schools. St Denis: IUHPE.
- Jensen, B. & Simovska, V. (2005). Involving students in learning and health promotion processes-clarifying why? What? And how? *Promotion & education*, 12, 150-156.
- Johnson, R., Onwuegbuzie, A., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1, 112-133.
- Jourdan, D., Pommier, J. & Quidu, F. (2009). Practices and representations of health education among primary school teachers. *Scandinavian journal of public health*, 22, 91-103.

Jourdan, D., Stirling, J., Mcnamara, P. M. & Pommier, J. (2011). The influence of professional factors in determining primary school teachers' commitment to health promotion. *Health promotion international*, 26, 302-310.

Juvinya, D. (2013) Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería Clínica*, 23, 87-88.

Kaname, M. (2012). Considering the Drawing Education for Children during the 19th Century to the 20th Century in England. *Creative processes and childhood-oriented cultural discourses*, 153-170.

Kaplan, S. & Kaplan, R. (2003). Health, supportive environments, and the reasonable person model. *American journal of public health*, 93, 1484-1489.

Kattan, L., Tay, R. & Acharjee, S. (2011). Managing speed at school and playground zones. *Accident Analysis & Prevention*, 43, 1887-1891.

Kemppainen, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health promotion international*, 28, 490-501

Khambalia, A., Joshi, P., Brussoni, M., Raina, P., Morrongiello, B. & Macarthur, C. (2006). Risk factors for unintentional injuries due to falls in children aged 0–6 years: a systematic review. *Injury Prevention*, 12, 378-381.

King, W. J., Klassen, T. P., LeBlanc, J., Bernard-Bonnin, A. C., Robitaille, Y., Coyle, D. & Pless, I. B. (2001). The effectiveness of a home visit to prevent childhood injury. *Pediatrics*, 108, 382-388.

Kingham, S., Sabel, C. E. & Bartie, P. (2011). The impact of the 'school run' on road traffic accidents: A spatio-temporal analysis. *Journal of Transport Geography*, 19, 705-711.

Kipping, R. R., Jago, R. & Lawlor, D. A. (2012). Developing parent involvement in a school-based child obesity prevention intervention: a qualitative study and process evaluation. *Journal of Public Health*, 34, 236-244.

Kneipp, S. (1988). *La mia cura idroterapica*. Italia: Fenice Edizioni.

Kochanek, K. D., Kirmeyer, S. E., Martin, J. A., Strobino, D. M. & Guyer, B. (2012). Annual summary of vital statistics: 2009. *Pediatrics*, 129, 338-348.

Koh, H. (2010). A 2020 vision for healthy people. *New England Journal of Medicine*, 362, 1653-1656.

Kontos, A. (2004). Perceived risk, risk taking, estimation of ability and injury among adolescent sport participants. *Journal of pediatric psychology*, 29, 447-455.

Kristensson, P. & Öhlund, L. S. (2005). Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 19, 77-84.

Lackaye, T. D. & Margalit, M. (2006). Comparisons of achievement, effort, and self-perceptions among students with learning disabilities and their peers from different achievement groups. *Journal of learning disabilities*, 39, 432-446.

Latorre, P., Cámara, J. & Pantoja, A. (2015). Percepción del riesgo en las actividades físico deportivas escolares. *Retos*, 27, 93-97.

LeBlanc, J. C., Pless, I.B., King, W.J., et al. (2006). Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: A multicentre case-control study. *Canadian Medical Association Journal*, 175, 883-887.

Le Boulch, J. & Brest, E. (1986). *La educación por el movimiento en la edad escolar*. Barcelona:Paidós.

Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.

Leger, L. (1998). Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health promotion international*, 13, 223-235.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21, 238-244.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2011). *Guía del Autoestopista Salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Girona: Cátedra de Promociò de la Salut Girona. Girona: Documenta Universitaria.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and community health*, 59, 440-442.

Little, H. & Wyver, S. (2010). Individual differences in children's risk perception and appraisals in outdoor play environments. *International Journal of Early Years Education*, 18, 297-313.

Litvack, M.W., Mcdougall, D. & Romney, D.M. (1997). The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 123, 303-324.

Locke, J., (1986). *Pensamientos sobre la educación*. Madrid: Akal.

Løhre, A., Moksnes, U. K. & Lillefjell, M. (2013). Gender differences in predictors of school wellbeing? *Health Education Journal*, 24, 713-727.

López-Bosch, M. A., Añino, M. & Valdés, N. (2002). La representación de lo bueno y lo malo en el dibujo infantil: un estudio iconográfico. *Arte, Individuo y Sociedad*, 195-203.

López, J. & Benavides, T. (2014). Uso de laboratorio, huerto escolar y visitas a centros de naturaleza en Primaria: Percepción de los futuros maestros durante sus prácticas docentes. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 13, 222-241.

Lowenfeld, V. (1961). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapelusz.

Luquet, G., Vera, F. & Depouilly, J. (1981). *El dibujo infantil*. Barcelona: Médica y Técnica.

Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71, 543-562.

MacKay, M. & Vincenten, J. (2012). Child Safety Report Card: Europe Summary for 31 Countries. Birmingham: European Child Safety Alliance, Eurosafe.

Macnab, Y. (2004). Bayesian spatial and ecological models for small-area accident and injury analysis. *Accident Analysis & Prevention*, 36, 1019-1028.

Macnaughton, J., White, M. & Stacy, R. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education*, 105, 332-339.

Mäenpää, T. & Åstedt-Kurki, P. (2008). Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perceptions. *Scandinavian journal of caring sciences*, 22, 86-92.

Maes, L. & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 56, 517-529.

Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2009). El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el test de Dos Figuras Humanas (T2F). *Clínica y Salud*, 20, 237-248.

Mangrulkar, L., Whitman, C. V. & Posner, M. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. México: Organización Panamericana de la Salud.

Marchena, J. (1997). Educación para la salud: Innovación y cambio ante los nuevos retos sociales. *Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación*, 13, 85-100.

Martínez-Domínguez, B. (2011). Las medidas de respuesta a la diversidad: posibilidades y límites para la inclusión escolar y social. *Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 9, 1-31.

Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *American psychologist*, 63, 503-515.

McLuhan, M. (1996). Comprender los medios de comunicación. Barcelona: Paidós.

- Mertens, D. M. (2007). Transformative paradigm mixed methods and social justice. *Journal of mixed methods research*, 1, 212-225.
- Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C. & Vecchio, L. (2013). Teachers' ideas about health: Implications for health promotion at school. *Health education journal*, 72, 695-707.
- Miller, T., Romano, E. & Spice, R. S. (2000). The teaching of the safety and health in the educational centers. *Future of children*, 10, 1-15.
- Mishara, B. L. & Ystgaard, M. (2006). Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children: Zippy's Friends. *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 110-123.
- Moksnes, U., Løhre, A. & Espnes, G. A. (2013). The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Quality of Life Research*, 22, 1331-1338.
- Moksnes, U., Rannestad, T., Byrne, D. & Espnes, G. A. (2011). The association between stress, sense of coherence and subjective health complaints in adolescents: sense of coherence as a potential moderator. *Stress and Health*, 27, 157-165.
- Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14, 17-22.
- Morgan, D. (1998). *The focus group guidebook*. United Kingdom: Sage.
- Morrongiello, B. & Lasenby-Lessard, J. (2007). Psychological determinants of risk taking by children: an integrative model and implications for interventions. *Injury prevention*, 13, 20-25.
- Morrongiello, B. & Matheis, S. (2007). Understanding children's injury-risk behaviors: The independent contributions of cognitions and emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 926-937.
- Mūkoma, W. & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion international*, 19, 357-368.
- Muñoz, C. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17, 218-223.
- Nascimento, E., Gimenez-Paschoal, S., Sebastião, L. & de Paula, N. (2013). Inter-sector actions to prevent accidents in children education: teacher's assessments and students' knowledge. *Journal of Human Growth and Development*, 23, 99-106.
- Newton, N., Conrod, P., Teesson, M. & Faggiano, F. (2012). School-based alcohol and other drug prevention. *Drug Abuse and Addiction in Medical Illness*, 12, 545-560.

Nieda, J. (1992). *Transversales. Educación para la salud. Educación sexual*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Nutbeam, D. (1985). *Health promotion glossary*. World Health Organization.

Nutbeam, D. & Harris, E. (2010). *Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories*. Sydney: McGraw-Hill.

Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A. & Zumbo, B. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 889-901.

Onwuegbuzie, A. & Leech, N. (2006). Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures 1. *The Qualitative Report*, 11, 474-498.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Carta Magna Constitucional*. Ginebra: Fondo de publicaciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1977). *Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000 30ª Asamblea Mundial*. Ginebra: Fondo de publicaciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, URSS: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. En Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud pp 75-90. Ginebra: Fondo de publicaciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Educación para la Salud. *Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*. pp 40-67. Ginebra: Fondo de publicaciones de la OMS.

Ortiz, M., Ávila, A., Fernández, F., García-Caro, Y., Medina, J. L. & Juárez, F. (2009). *Perfil profesional de la enfermera escolar* [Recuperado de http://www.portalcecova.es/backoffice/_files/catalogue/DBCONTENTSdbcontentDocuments_U2237384_document.pdf].

Parsons, C., Stears, D. & Thomas, C. (1996). The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 55, 311-321.

Pearson, M., Garside, R., Moxham, T. & Anderson, R. (2011). Preventing unintentional injuries to children in the home: a systematic review of the effectiveness of programmes supplying and/or installing home safety equipment. *Health promotion international*, 26, 376-392.

Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C. & Rahman, A. F. (2008). World report on child injury prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Perea R. (2012). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 4.

Pereira, B. O., Neto, C., Smith, P. & Angulo, J. C. (2002). Reinventar los espacios de recreo para prevenir la violencia escolar. *Cultura y educación*, 14, 297-311.

Pérez-Delgado, E., Mestre, M. V., Martí, M. & Samper, P. (1996). Orígenes históricos del libro de J. Piaget 'el juicio moral en el niño': sus fuentes filosóficas y científicas. *Revista de Historia de la Psicología*, 17, 135-144.

Pérez, Z. (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*, 15, 15-29.

Perrenoud, P. (2005). Diez nuevas competencias para enseñar. *Educatio Siglo XXI*, 23.

Perrenoud, P. (2012). *Cuando la escuela pretende preparar para la vida: ¿Desarrollar competencias o enseñar otros saberes?* Barcelona: Grao.

Peterson, L., Brazeal, T., Oliver, K. & Bull, C. (1997). Gender and developmental patterns of affect, belief, and behavior in simulated injury events. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 18, 531-546.

Petraglia, J. (2009). The importance of being authentic: persuasion, narration, and dialogue in health communication and education. *Health communication*, 24, 176-185.

Piaget, J. (1987). El criterio moral en el niño. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Piaget, J. & Inhelder, B. (2013). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence: An essay on the construction of formal operational structures*. United Kingdom: Routledge.

Poland, B., Dooris, M. & Haluza-Delay, R. (2011). Securing 'supportive environments' for health in the face of ecosystem collapse: meeting the triple threat with a sociology of creative transformation. *Health Promotion International*, 26, 202-215.

Pollán, M., Gabari, M.I. (1999). Reflexiones sobre Educación para la salud: los accidentes infantiles en el entorno escolar. *Huarte de San Juan. Psicología y pedagogía*, 4, 85-98.

Pollán, M., Gabari M.I. (2001). Educando en salud: de la escuela a la comunidad. *Huarte de San Juan. Psicología y pedagogía*, 8, 103-105.

Pont, T (2014). *Los test gráficos en el psicodiagnóstico*. Síntesis: Madrid.

Programa de prevención de lesiones: Red de detección de accidentes domésticos y de ocio. (D.A.D.O.) Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Recuperado abril de 2015, disponible ,http://www.consumo-inc.es/Informes/docs/INFORME_RESUMEN_DADO_2007.pdf]

Quennerstedt, M. (2008). Exploring the relation between physical activity and health: a salutogenic approach to physical education. *Sport, Education and Society*, 13, 267-283.

Ramos, P., Pasarín, M., Artazcoz, L., Díez, E., Juárez, O. & González, I. (2013). Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 27, 104-110.

Ratcliffe, M., Merrigan, K., Rogers, B. & Goldberg, J. P. (2011). The effects of school garden experiences on middle school-aged students' knowledge, attitudes, and behaviors associated with vegetable consumption. *Health Promotion Practice*, 12, 36-43.

Read, H. (1969). Educación por el arte. Barcelona: Paidós.

Reeves, P. M. & Reeves, T. C. (2008). Design considerations for online learning in health and social work education. *Learning in Health and Social Care*, 7, 46-58.

Rocco, T., Bliss, L., Gallagher, S., Pérez, A. & Prado, P. (2003). Taking the next step: Mixed methods taking the next step: Mixed methods research in organizational systems research in organizational systems. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 21, 19-27.

Rodríguez, G. (2013). *Educación y derechos humanos. La enseñanza de los derechos humanos en Educación Primaria*. París: UNESCO.

Ruíz, B., Soriano, M. & Cabrera, A. (2010). Prevención de la accidentalidad infantil en Andalucía: aprender a crecer con seguridad. *Anales de Pediatría*, 73, 249-256.

Sáenz, R. (2014). *El paraguas salutogénico: recursos para la salud y la calidad de vida*. Jornada sobre sensibilización sobre la resiliencia. [Recuperado en julio de 2015, disponible en <http://www.anadpre.es/>]

Sáenz, R. (2014). Perspectiva salutogénica en la promoción de la salud en la escuela: una tarea compartida. *I Jornadas Doctorales del Campus Iberus*. [Recuperado en septiembre de 2015, disponible en http://www.campusiberus.es/?page_id=4444]

Sáenz, R., Gabari, M.I., Idoate, V.M. & García, J.M (2014). Assets in a community school health. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 132, 615-620.

Sáenz, R., García-García, J.M., Gabari, M.I. (2014). *Multimedia para el aprendizaje competencial de prevención de accidentes escolares*. En Soriano E. (Ed.) *Retos actuales de educación y salud transcultural* pp 811-820. Almería: Universidad de Almería.

Sáenz, R., Gabari, M.I. & García, J.M. (2014). *Promoción de la salud en la escuela desde la perspectiva del profesorado*. En Rodríguez, E. & González-Rábago Y. (Ed.), Libro de comunicaciones Congreso de Promoción de la Salud. *Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables*, pp 70-71. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Sáenz, R., Gabari, M.I. & García, J.M. (2015). Recursos de salud positiva: estudio exploratorio con grupos del ámbito escolar de Pamplona. *Atención Primaria*. En prensa [Recuperado en noviembre de 2015, disponible en <http://apps.elsevier.es>]

Sagy, S. (2014). Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents: Where Does the Salutogenic Approach Direct Us? *Health*, 6, 8-18.

Sahin, H., Erkal S. (2012). Behaviors of students towards safety measures to prevent school accidents. *Health & Medicine*, 6, 1974-1981.

Saluja, G., Brenner, R., Morrongiello, B. A., Haynie, D., Rivera, M. & Cheng, T. L. (2004). The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Injury control and safety promotion*, 11, 17-22.

Salvador, T., Suelves, J. M. & Puigdollers, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo*. Madrid: Centro de Innovación y Documentación Educativa.

Salvador, T. & Suelves, J. M. (2009). *Ganar salud en la escuela: guía para conseguirlo*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación, Subdirección General de Documentación y Publicaciones.

Sanz, A. I. (2009). Los ejes transversales, aprendizajes para la vida. Córdoba: Universidad de Córdoba.

Sapag, J. & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*, 41, 139-49.

Schaal, S. (2014). Becoming a Health-Promoting School: Effects of a 3-Year Intervention on School Development and Pupils (435-452). In *Topics and Trends in Current Science Education*. Netherlands: Springer.

Schwebel, D.C. (2007). Pediatric unintentional injury: Behavioral risk factors and implications for prevention. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28, 245-254.

Sierra, B., Méndez, A. & Mañana, J. (2013). La programación por competencias básicas: hacia un cambio metodológico interdisciplinar. *Revista Complutense de Educación*, 24, 165-184.

Smith, P.K. & Pellegrini, A. (2011). *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Development United States: Centre of Excellence for Early Childhood

Sobejano, M. (2014). *Salutogénesis en la escuela: diseño de una wiki para Educación Primaria*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

Sobejano, M., Gabari, M.I. & Sáenz, R. (2015). *Propuesta de wiki interactiva desde el enfoque salutogénico para la Escuela Primaria*. En Rodríguez, E. & González-Rábago Y. (Ed.), Libro de

comunicaciones Congreso de Promoción de la Salud. *Innovando para unos entornos y políticas públicas más saludables*, pp 69-70. Bilbao: Universidad del País Vasco.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2010). *Estudio sobre accidentes infantiles atendidos en los Centros de Salud*. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Fundación MAPFRE.

Sosnowska, S. & Kostka, T. (2003). Epidemiology of school accidents during a six school-year period in one region in Poland. *European journal of epidemiology*, 18, 977-982.

Sousa, L. & Costa, T. (2010). The multi-professional approach: front-line professionals' behaviours and interactions. *International Journal of Social Welfare*, 19, 444-454.

St Leger, L. (2004). What is the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health Promotion International*, 19, 405-408.

Stern, A. (2008). *Del dibujo infantil a la semiología de la expresión*. Valencia: Carena.

Suelves, J.M. (2009). Lesiones no intencionadas en la infancia y la adolescencia: rompiendo el tópico de la mala suerte. Faros, San Juan de Déu: Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia. [Recuperado de en marzo de 2015, disponible en <http://www.faroshsjd.net>].

Svendsen, A. M. (2012). Get moving! A comparison of ideas about body, health and physical activity in materials produced for health education in the Danish Primary School. *Sport, Education and Society*, 23,1-20.

Talavera, M. & Gavidia, V. (2007). Dificultades para el desarrollo de la Educación para la Salud en la Escuela. Opiniones del Profesorado. *Didáctica de las ciencias Experimentales y Sociales*, 21, 119-128.

Talavera, M. & Gavidia, V. (2013). Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 27, 115-129.

Tezanos, J. & Morales, M. (1998). *Tecnología y sociedad en el nuevo siglo: Segundo foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Sistema.

Tye, K. A. (2003). Global education as a worldwide movement. *Phi Delta Kappan*, 85, 165-168.

Ullán, A. & Belver, M. H. (2008). *Cuando los pacientes son niños. Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid: Envida.

Ullán, A. & Manzanera, P. (2009). Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. *Arte, individuo y sociedad*, 21, 123-142.

UNICEF (2001). *A league of child deaths by injury in rich nations*. Florencia: Report card issue.

- Unni, P., Locklair, M. R., Morrow, S. & Estrada, C. (2012). Age variability in pediatric injuries from falls. *The American Journal of Emergency Medicine*, 30, 1457-1460.
- Vallejo, P. (2008). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Vicente, D. (2012). *Niños en la Antigüedad. Estudios sobre la infancia en el Mediterráneo antiguo*. Universidad de Zaragoza.
- Vigotsky, L. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. M. Cole (Ed.). Barcelona: Crítica.
- Vigotsky, L. (2003). *La imaginación y el arte en la infancia*. Madrid: Akal.
- Viñao, A. (2010). Higiene, salud y educación en su perspectiva. *Educación y Revista*, 36, 181-213.
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26, 29-69.
- West, P., Sweeting, H. & Leyland, A. (2004). School effects on pupils health behaviours: evidence in support of the health promoting school. *Research papers in education*, 19, 261-291.
- Wickman, M., Anderson, N. & Greenberg, C. (2008). The adolescent perception of invincibility and its influence on teen acceptance of health promotion strategies. *Journal of pediatric nursing*, 23, 460-468.
- Woods, A. J. (2006). The role of health professionals in childhood injury prevention: A systematic review of literature. *Patient Education Counseling*, 64, 35-42
- World Health Organization. (1998). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Fondo de publicaciones WHO.
- World Health Organization. (2003). *Creating an environment for emotional and social well-being: an important responsibility of a health promoting and child-friendly school*. Ginebra: information series on school health, 10-12.
- World Health Organization. (2008). World report on child injury prevention. Ginebra: information series on school health, 1,123-125.
- World Health Organization. (2013). *Nursing and midwifery progress report 2008-2012*. Ginebra: Fondo de publicaciones WHO.
- Zuckerman, M. & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of personality*, 68, 999-1029.

CENTROS DE LA RED SHE
COORDINADORES Y PROYECTOS 2014-2015

CENTRO EDUCATIVO	TÍTULO DEL PROYECTO	COORDINADOR/A	CORREO ELECTRÓNICO
IE.S. Ribera del Arga. Peralta	Educación y Promoción de la Salud. "Tu salud sí que vale"	Eva Ros 948751613	iespedir@educacion.navarra.es
IE.S. Eunate. Pamplona	"Hacia un Centro Educativo Saludable en teoría y en la práctica"	Orientadora del centro- Erkuden 948136610	iesunat.orientazioa@educacion.navarra.es
IE.S. Marqués de Villena. Marcilla.	"Promoción de la Salud"	Ana Bacaicoa 948708009	abacaico@educacion.navarra.es
Centro de FP M ^a Inmaculada, Pamplona,	"Escuela saludable"	Teresa Gariz Larrea. Tfno. 948 225008	gariz.teresa@gmail.com
IE.S. Ega de San Adrián	Alimentación Saludable.	Ixaso Osoz 948672010	ioscozuz@educacion.navarra.es
CEIP Iturrama Pamplona.	"Hábitos de vida saludable: consumo responsable" Prevención de la obesidad infantil.	M ^a Luisa Aizcorbe 948171110	cpiturna@educacion.navarra.es
IE.S. Navarro Villoslada.	Bienestar y salud emocional. "Las relaciones con el entorno: el ocio en la adolescencia"	M ^a José González 948197012	iesnavar-salud@educacion.navarra.es mgonzalm@educacion.navarra.es
I.T.C. Cuatrovientos. Pamplona	"Cuatrovientos SSS"	Fernando Osoz 948124129	orientación@cuatrovientos.org
IESO Joaquín Romera Mendavia	"Actividades educativas para la Promoción de la Salud"	Celia Bartolomé 948685802	ieso.mend@educacion.navarra.es cbartolo@educacion.navarra.es
CEE El Molino. Pamplona	"Educación para la salud por la calidad de vida de las personas con discapacidad"	Iñeske Garibi 948224200	colegioelmolinosalud@gmail.com
CEIP Angel Martínez Baigorri. Lodosa.	"Desarrollo de actitudes saludables, capacidad de toma de decisiones y resolución positiva de conflictos."	Concepción Mardones 948693311	mmardone@educacion.navarra.es
CEIP Virgen de la Cerca. Andosilla.	"Aprendiendo a relacionarnos"	Miriam Martín Carrizosa 948690085	reepsandosilla@gmail.com
CE Santamaria la Real de Sarriena (Egites)	Promoción de la Salud. "Con motivación se hace mejor la prevención"	José Javier Ramos 948290162.	javier.ramosleza@gmail.com
CEIP Pitillas	Una red de Salud "Muévete hacia una alimentación saludable."	Teresa Rubio 948745226	mrubioga@educacion.navarra.es
IES Toki Ona Bera	Toki Ona - SHE "Convivencia saludable"	Maitene Arrizabalaga 948625000	shetokiona@gmail.com marrizav@educacion.navarra.es
CEE Isterria de Ibero	"La salud está en tus manos"	Belén Alquegui 948322072	balquegui@isterria.com
CEIP "Monte San Julián". Carretera Tarazona 25/27 31500 Tudela	"Convivir saludablemente: por la práctica deportiva, la actividad física y la salud corporal y mental"	Ruth Ozcaiz Gutierrez 948 848 334	rozcariz@educacion.navarra.es

Anexo.1. Centros de Navarra que pertenecen a la red She.

CEIP "Azpilagaña" Pamplona	"Salud tiene cinco letras"	M ^a Luisa Calvo 948145836	mcavobe@educacion.navarra.es cpazpila@educacion.navarra.es colegioandresmu@gmail.com
CPEE "Andrés Muñoz Garde"	"La educación afectivo-sexual de las personas con discapacidad psíquica"	Paula Larumbe Oroz 948198492	fernandodeandres@escolapiosemaus.org
Colegio Calasanz	"Educación para una vida saludable"	Ana Isabel Cabomero/Fernando de Andrés 948228530	iesirubi@educacion.navarra.es migardena@educacion.navarra.es asainza@educacion.navarra.es
IES Pedro Moret "Iribide"	"Promoviendo la salud"	María Zabalegui 948136606	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
IES Pedro de Atarrabia (Villava-Atarrabia)	"Integración en la red de escuelas para la salud de Europa. Pedro de Atarrabia: Centro saludable"	Ana Sainz 948-13 61 61	m.garcia@ciamariatud.com m.remirez@ciamariatud.com slvnc1166@gmail.com
IESO Julian Gayarre (Roncal)	Red de escuelas para la Salud en Europa "Educando en buenos hábitos de salud"	Susana Lusa 948475258	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
Colegio Compañía de María de Tudela	"Hábitos saludables en educación Infantil y primaria"	Mario García 948821050	m.garcia@ciamariatud.com m.remirez@ciamariatud.com slvnc1166@gmail.com
IESO Elortzibar de Noain	"Entorno saludable"	Marta Remirez de Gamuza Silvia Canal 948368216	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
CPEIP Alfonso X el Sabio de San Adrián	"La Estrella de la Salud"	Elena Puerta 948672019	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
Escuela Politécnica Navarra	"Formando agentes de salud"	Elena Buianda 948312030	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
CPEIP Cerro de la Cruz de Cortes	"Mordiscos de salud"	Marta Sierra Rodríguez 948-844161	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
Colegio Hijas de Jesús de Pamplona	"El juego: Un eje conductor hacia la salud"	Marta Ezquerro Puerta 948127211	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
Ikastola Hegoalde de Iruña/Pamplona	"Osasuntsu Hezi. Osasuntsu Bizi" Educar en salud, vivir en salud	Rosita Anakabe 948 152253	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
IES Pablo Sarasate de Lodosa	Saluda la vida con una vida saludable	Berta Lázaro	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
CEIP Ricardo Campano de Viana	"HACIA UNA ESCUELA SALUDABLE"	Sarai Ruiz Soto	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
IESO del Camino, Viana	APRENDEMOS A CUIDARNOS". El IESO del Camino caminando por la senda de la salud	Silvia Marín	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
Colegio Escuelas Pías Tafalla	Hacia una escuela saludable	Ana Monreal	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
CP Irain de Lesaka	PROYECO DE SALUD INTEGRAL	Jesús Sánchez	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
CPEIP San Bartolomé de Ribaforada			cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es
Colegio La Milagrosa de Lodosa	Educación y promoción de la salud	Maite Navarro 948693223	cpnrcal@educacion.navarra.es slusarcr@educacion.navarra.es

Anexo 2. Cuestionario de Percepción de Accidentalidad Escolar (CPAE)

NOMBRE _____ CURSO 3ºA

Por favor responde a las siguientes preguntas:

- ¿Crees que se accidentan más los niños o las niñas? niños
¿Por qué? Porque muy brutos
- ¿Crees que se pueden evitar algunos accidentes que ocurren en la escuela? Sí ¿Cuáles? No pegar patadas a los compañeros
- ¿Cómo los evitarías?
 ✓ Siendo respetuoso
 ✓ Ballas adecuadas
 ✓ Seguridad: porteras bien puestas
 ✓ Esquinas de madera no de metal
- Señala lo que creas más frecuente (tacha):

Edad nos accidentamos más con	5a	6a	7a	8a	9a	10a	11a	12a
Hora del día: la de más riesgo es	9h	11h	12-13h	15h	17h			
Mes del curso: el de más riesgo es	SEP	OCT	NOV	DIC	EN	FE	MAR	ABR
Día de semana: con más accidentes es	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes			
Lugar dónde nos lesionamos más es	AULAS	POLIDEPORTIVO	SALIDAS	EXTERIOR				
Elemento implicado: más frecuente es	Material escolar	Puerta	Mesa	Armario	Silla	Compañero Compañera		
Tipo de lesión: la que ocurre más es	raspazo	contusión	chichón	esguince	fractura			
Parte del cuerpo: la que más se lesiona	cabeza	cuello	brazos	piernas				
Tratamiento: el que se precisa más es	Botiquín colegio	centro salud	hospital					

¿te gustaría añadir algo?

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Glosario

Accidentes escolares: suceso eventual o acción del que resulta un daño involuntario para las personas. Incluye la esfera psicosocial y corporal.

Activos de Salud: cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener a salud y el bienestar.

Alumnado de 3º y 4º de EP: niños y niñas de 8 a 10 años con unas características evolutivas y de desarrollo que condicionan los procesos de aprendizaje y que hay que tener en cuenta a la hora de programar la enseñanza-aprendizaje.

Competencias en educación: actuaciones integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto con idoneidad y ética, integrando el saber ser, el saber hacer y el saber conocer. Son todos aquellos comportamientos formados por habilidades cognitivas, actividades de valores, destrezas motoras y diversas informaciones que hacen posible llevar a cabo, de manera eficaz, cualquier actividad.

Comunidad educativa: colectivo de personas que intervienen en un determinado proyecto educativo, constituida por profesorado, alumnado, familias, personal no docente, profesionales de salud y del ámbito sociocomunitario. Se encarga de promover actividades que lleven al mejoramiento de la calidad de la educación, y lograr además mejorar el bienestar psicosocial de los estudiantes.

Conductas seguras: realización de un comportamiento específico, observable y medible, que implica ejecutar las acciones establecidas (mediante procedimientos, instrucciones, normas, reglas o buenas prácticas de actuación) para controlar el riesgo de los accidentes y enfermedades profesionales.

Educación para la Salud: proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva, es decir,

como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida lo más sano posible y unas conductas positivas de salud.

Educación Primaria: formación obligatoria y gratuita en España que comprende seis cursos académicos, que se seguirán ordinariamente entre los seis y los doce años de edad. La finalidad de la Educación Primaria es facilitar a los alumnos y las alumnas los aprendizajes de la expresión y comprensión oral, la lectura, la escritura, el cálculo, la adquisición de nociones básicas de la cultura, y el hábito de convivencia así como los de estudio y trabajo, el sentido artístico, la creatividad y la afectividad, con el fin de garantizar una formación integral que contribuya al pleno desarrollo de la personalidad de los alumnos y las alumnas y de prepararlos para cursar con aprovechamiento la Educación Secundaria Obligatoria. La acción educativa en esta etapa procurará la integración de las distintas experiencias y aprendizajes del alumnado y se adaptará a sus ritmos de trabajo.

La Educación Primaria se organiza en asignaturas y áreas con un carácter global e integrador y es impartida por maestros que tienen competencia en todas las áreas de este nivel. La enseñanza de la música, de la educación física y de los idiomas extranjeros la imparten los maestros con la especialización o cualificación correspondiente.

Equipo de Atención Primaria de Salud: grupo de profesionales que atienden en este nivel asistencial a la población compuesto por: médicos de familia, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas y personal de soporte administrativo y de servicios.

Entorno social: espacio donde un individuo humano se desarrolla en determinadas condiciones de vida, condiciones de trabajo, nivel de ingresos, nivel educativo, está determinado o relacionado a los grupos a los que pertenece. El entorno social de un individuo, también es llamado contexto social o ambiente social, es la cultura en la que el individuo fue educado y vive, y abarca a las personas e instituciones con las que el individuo interactúa en forma regular.

Escuela: nombre genérico de cualquier centro docente, centro de enseñanza, centro educativo, colegio, institución educativa o centro de participación; es decir, toda institución que imparta educación o enseñanza.

Familia: conjunto de individuos unidos partir de un parentesco. Estos lazos pueden tener dos raíces: una vinculada a la afinidad surgida a partir del desarrollo de un vínculo reconocido a nivel social (matrimonio o adopción) y de consanguinidad (filiación entre una pareja y sus descendientes directos).

Lesiones no intencionadas: eventos no deseados que producen daños a las personas no aleatorios y que tienen factores de riesgo identificables. Esto incluye interacciones entre personas, vehículos, equipo, procesos y el medio ambiente físico y social.

Modelo competencial para la prevención de accidentes: guía que propone capacitar a los sujetos, desde los primeros años, para el desarrollo de acciones competentes en diversos contextos de prevención de riesgos y evitación de accidentes.

Participación comunitaria: proceso de cooperación colectiva mediante el cual los miembros de una comunidad deben intervenir activa y responsablemente en las tareas de organización, planificación y ejecución de proyectos vinculados a diversas áreas como salud, educación, servicios sociales, etc.

Percepción: conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa.

Personal no docente de EP: personal de administración y servicios que ejercen su actividad en los centros educativos.

Prevención: conjunto de medidas que se toman tanto en forma individual como socialmente, a partir de iniciativas privadas o públicas, para impedir en la medida de lo posible que acontezcan hechos lesivos no intencionales, o disminuir los efectos dañinos de los mismos, si su ocurrencia resulta inevitable.

Profesorado de EP: profesional de la educación que se encarga de la educación formal o institucionalizada de los niños/as de Educación Primaria en escuelas o colegios, y cuya puesta en práctica de sus habilidades pedagógicas le capacitan como agente efectivo del proceso de aprendizaje del alumnado.

Promoción de la Salud

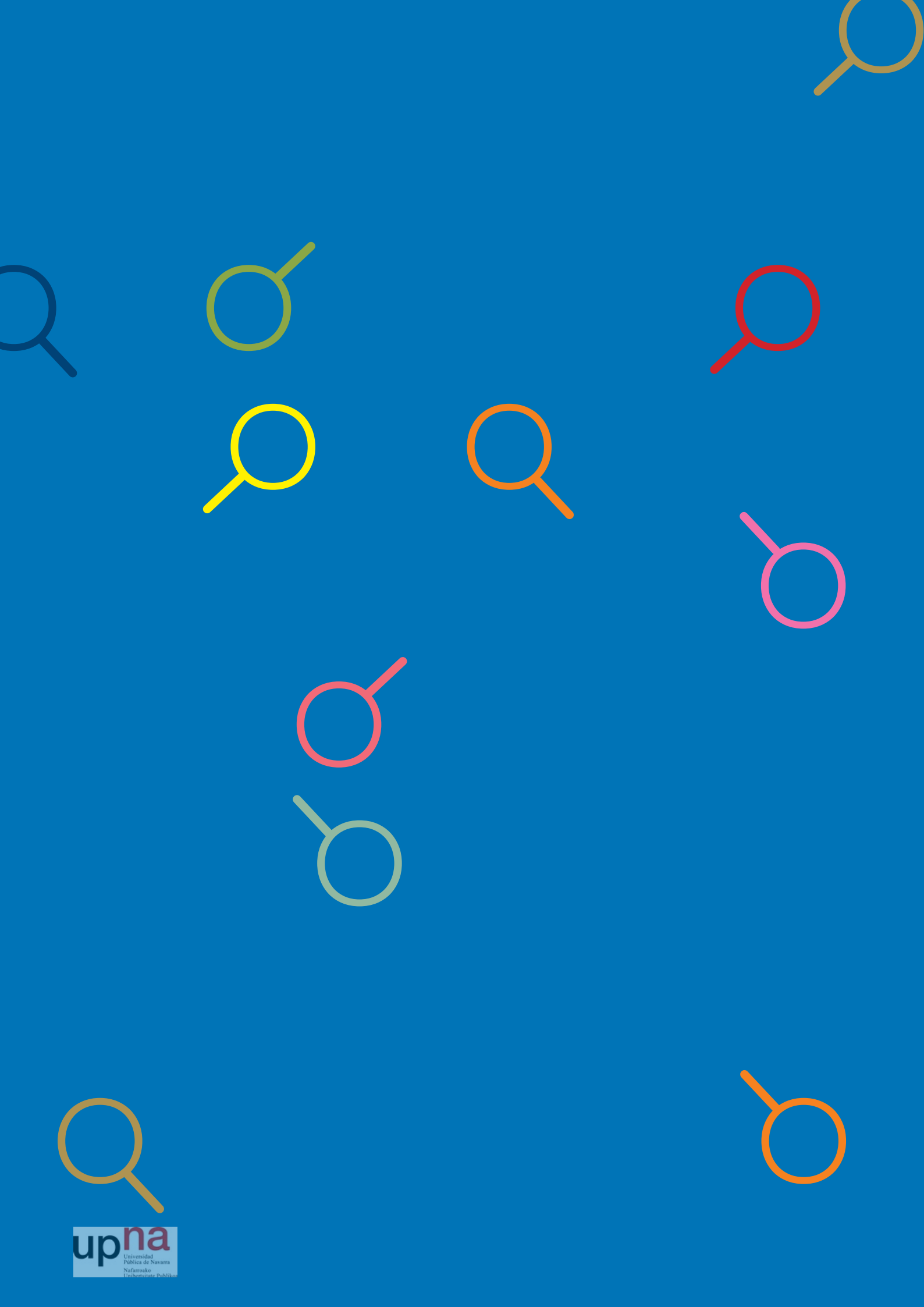
Recursos Generales de Resistencia: factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos RGR son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida.

Resiliencia: capacidad de las personas de afrontar la adversidad saliendo fortalecido desarrollando un mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. Esto les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos.

Salud Comunitaria: área de acción dentro del campo de la Salud Pública que tiene como meta la prevención, promoción y educación en torno a la salud de la población. Los programas y proyectos implementados se desarrollan por los profesionales de la salud en colaboración con la comunidad.

Salutogénesis: término acuñado por Aaron Antonovsky en 1979 que describe un enfoque centrado en los factores que apoyan la salud humana y el bienestar, en lugar de sobre los factores que causan la enfermedad.

Sentido de Coherencia: tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables.



El alumnado de primaria como activo de promoción de salud:
aportaciones para la construcción de un entorno
escolar más seguro

upna

Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

